

Różnicowanie przyczyn zaburzeń funkcji poznawczych w wieku podeszłym

Differentiation of causes of cognitive impairment in the elderly age

Leszek Bidzan

Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wiek Podeszłego, Gdański Uniwersytet Medyczny

Streszczenie

Przynajmniej trzy kategorie zaburzeń, często pojawiających się w wieku podeszłym, prowadzą do upośledzenia funkcji poznawczych. Są to zaburzenia świadomości, otępienia i zaburzenia depresyjne. Różnicowanie pomiędzy tymi kategoriami zaburzeń może być tymczasem trudne, a jednocześnie ważne w praktyce klinicznej. Każdy z tych stanów posiada odmienny przebieg, rokowanie, a równocześnie wymaga specyficznego podejścia terapeutycznego. Zaburzenia funkcji poznawczych w przebiegu majaczenia oraz depresji jest odwracalne pod warunkiem podjęcia odpowiedniego postępowania. Z drugiej zaś strony zwłaszcza zaburzenia świadomości wywołane są często czynnikami niejednokrotnie zagrażającymi życiu pacjenta. Z kolei leki p. depresyjne niewłaściwie zastosowane mogą być czynnikiem wywołującym zaburzenia świadomości lub pogłębiać zaburzenia otępienne. Niestety praktyka kliniczna wskazuje na znaczną liczbę błędów diagnostycznych. W przedstawionym opracowaniu wskazano na istotne cechy każdego z tych zaburzeń, które mogą być pomocne w prawidłowym ich rozpoznawaniu. *Geriatrics 2010; 4: 279-283.*

Słowa kluczowe: funkcje poznawcze, wiek podeszły, różnicowanie

Summary

At least three categories of disorders, often occurring in the old age, lead to impaired cognitive functioning. These include the disorders of consciousness, dementia and depression. The differentiation between these categories of disorder can be difficult, yet important in clinical practice. Each of these states has a different course, prognosis, and also requires a specific therapeutic approach. Cognitive impairment in the course of delirium and depression are reversible provided an appropriate treatment is applied. On the other hand, especially the disorders of consciousness are often caused by factors threatening the life of a patient. In turn, inappropriately used antidepressant drugs may be the factor triggering the consciousness disorders or deepening the dementia. Unfortunately, clinical practice indicates a significant number of diagnostic errors. In this study the essential characteristics of each of these disorders were identified, which may prove helpful in diagnosing them. *Geriatrics 2010; 4: 279-283.*

Keywords: cognitive functions, old age, differentiation

Wstęp

Funkcje poznawcze, które obejmują między innymi takie obszary jak pamięć, myślenie, wykonawcze funkcje korowe, fazję, praksję, gnoziję decydują o poziomie funkcjonowania jednostki. Wiele czynni-

ków może prowadzić do upośledzenia funkcjonowania poznawczego. Właściwe rozpoznanie przyczyny zaburzeń ma doniosłe znaczenie praktyczne z uwagi na to, że zarówno rokowanie, jak również postępowanie terapeutyczne będzie odmiennie w zależności od podłoża patogenetycznego.

Z psychopatologicznego punktu widzenia istnieją przynajmniej trzy kategorie zaburzeń, w których zaburzenia funkcji poznawczych stanowią zasadniczy element obrazu klinicznego. Różnicowanie, mające tak doniosły aspekt praktyczny, pomiędzy tymi kategoriami zaburzeń może być tymczasem trudne.

Do kategorii psychopatologicznych typowo związanych z upośledzeniem funkcji poznawczych należą: zaburzenia świadomości, nastroju oraz procesy otępienne.

Zaburzenia świadomości

Zaburzenia świadomości charakteryzują się zaburzeniami przytomności i pojawiającymi się w krótkim okresie czasu (godziny, dni) zmianami w funkcjonowaniu poznawczym. Nasilenie zaburzenia często wykazuje wahania w ciągu dnia, niekiedy wykazując dramatyczne zmiany w funkcjonowaniu pojawiające się (i zanikające) w ciągu nawet minut. Przy rozpoznawaniu zaburzeń świadomości należy określić podłoże etiologiczne.

Tymczasem określenie podłoża etiologicznego napotyka na istotne przeszkody. Należy zdawać sobie sprawę, że zaburzenia świadomości występują powszechnie w przebiegu różnorodnych schorzeń wieku podeszłego. Ich wystąpienie uzależnione jest zwykle od koincydencji szeregu czynników, które bardzo umownie można podzielić na czynniki wywołujące oraz czynniki ryzyka.

Do tych pierwszych można zaliczyć: fizyczne unieruchomienie, cewnikowanie, niedożywienie, odwodnienie oraz szereg leków. Natomiast czynniki ryzyka to między innymi: szereg chorób somatycznych, fizyczne wyczerpanie, infekcja, odwodnienie, zaburzenia widzenia, urazy i inne stany szczególnie związane z nasilonym bólem, zabiegi chirurgiczne, alkohol, upośledzenie funkcji nerek. Powyższe listy nie wyczerpują wszystkich możliwych czynników prowadzących lub usposabiających do zaburzeń świadomości.

Współcześnie stosowana terminologia zaburzeń świadomości może być u polskiego czytelnika nie do końca zrozumiała. W fundamentalnych dziełach kształtujących wiedzę psychiatryczną w Polsce konsekwentnie podkreślano podział zaburzeń świadomości na majaczenie, stany pomroczne i splątanie. Niektórzy wyodrębniali jeszcze przymglenie proste, które określano zaburzeniami jakościowymi i w pewnym sensie oddzielano je od zaburzeń ilościowych (senność

patologiczna, sopor, śpiączka). Nowe i obowiązujące systemy diagnostyczne nie uwzględniają już jednak powyższego podziału. Opisują je pojęciem zbiorczym – „zaburzenia świadomości”, jako obejmujące wszystkie powyższe stany. Dodatkowym utrudnieniem może być stosowanie terminu „majaczenie” (w piśmiennictwie anglojęzycznym, a czasami i polskim stosowany termin łaciński „delirium”). W poprzednich publikacjach polskich (i niektórych innych krajów europejskich) termin ów oznaczał zaburzenie o dość określonym obrazie psychopatologicznym. Tymczasem w polskim tłumaczeniu klasyfikacji ICD-10 występuje termin „majaczenie”, który jest pojęciowo znacznie szerszy i obejmuje zasadniczo wszelkie zaburzenia świadomości. Warto również zwrócić uwagę, że autorzy ICD-10 mówiąc o „innych typach majaczenia” nie mówią o odmienności psychopatologicznej, tylko wskazują na inne przyczyny etiologiczne.

Zaburzenia świadomości w sposób dość czytelny zostały zdefiniowane w kryteriach podanych przez J. Jaroszyńskiego [1]. Według nich zaburzenia świadomości określone są przez trzy zjawiska: przymglenie, zamącenie oraz zwężenie. Przymglenie określone jest jako niepewność, niejasność poczucia przeżywania zjawisk psychicznych z niepełnym pojmowaniem. Zamącenie to brak „przejrzystości” pola świadomości, a więc trudności w odróżnieniu przeżyć wywołanych przez bodźce zewnętrzne od wewnętrznych. Natomiast zwężenie rozumiane jest jako skoncentrowanie się na określonych bodźcach z pomijaniem innych bodźców.

Niedostrzeżenie obecności zaburzeń świadomości będzie miało istotne konsekwencje kliniczne. Należy pamiętać, że zaburzenia świadomości określone są przez realny czynnik (lub czynniki), który w sytuacji błędnego rozpoznania nie będzie leczony.

Osoby w okresie starości są szczególnie podatne na zaburzenia świadomości z uwagi na narastające zmiany w funkcjonowaniu ośrodkowego układu nerwowego, wielorakie schorzenia somatyczne, gorsze funkcjonowanie narządów zmysłów oraz często występującą polipragmatyzję. Zwłaszcza ten ostatni czynnik stanowi częstą przyczynę. Choroby zwyrodnieniowe mózgu, klinicznie prowadzące do otępienia zdecydowanie sprzyjają zaburzeniom świadomości. Jednocześnie zaburzenia depresyjne, o czym poniżej, wykazują związek z otępieniem. Wcale często wobec tego może dojść do sytuacji, kiedy zaburzenia świadomości pojawiają się u osoby otępielejącej z objawami depresji jednocześnie.

Rozpoznanie zaburzeń świadomości przysparza

dużych trudności i związane jest ze znaczną liczbą błędów [2]. Aż u 41% osób zaburzenia świadomości błędnie rozpoznaje się jako depresję [3]. Prawdopodobnie jeszcze wyższy jest odsetek nieprawidłowego rozpoznania otępienia (lub nasilenia już istniejącego otępienia) w przypadku zaburzeń świadomości. Uważa się, że blisko połowa wszystkich przypadków zaburzeń świadomości jest nierozpoznanych lub błędnie rozpoznanych.

Konstruuje się narzędzia diagnostyczne mające ułatwić rozpoznanie zaburzeń świadomości oraz pomóc w oszacowaniu ich stopnia nasilenia [4]. Pomimo istotnych ograniczeń wszelkich metod kwantyfikujących objawy psychopatologiczne mogą one służyć jako narzędzie przydatne we wstępnej diagnostyce zaburzeń, szczególnie wówczas, kiedy personel medyczny jest mniej obeznany z diagnostyką psychopatologiczną.

Zaburzenia depresyjne

Obniżenie funkcji poznawczych sprzyja pojawieniu się zaburzeń nastroju. Wiek podeszły, a szczególnie zaburzenia otępienne związane są z częstym występowaniem depresji. Związek zaburzeń otępiennych z obniżeniem nastroju jest złożony i niewątpliwie uzależniony od postaci etiologicznych demencji. Jednocześnie pojawienie się depresji, niekiedy w dramatycznym stopniu pogarsza funkcjonowanie poznawcze chorego. Zaburzenia depresyjne, szczególnie wówczas, kiedy towarzyszą otępieniom często nie są rozpoznawane, a przez to nie podejmuje się ich leczenia, co wpływa negatywnie na stan chorego.

Depresja powoduje zaburzenia funkcji poznawczych, co zostało wykazane metodami psychologii klinicznej również u osób bez klinicznych cech otępienia [5]. Należy wobec tego oczekiwać, że pojawienie się depresji w przebiegu procesu otępiennego nasili istniejące już wcześniej upośledzenie. Spostrzegano znaczne pogorszenie funkcji intelektualnych u pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową oraz z depresją fazową w okresach choroby. Zaburzenia funkcji poznawczych w zespołach depresyjnych wydają się charakteryzować pewnymi cechami swoistymi, co może mieć znaczenie w diagnozie różnicowej. Zgodnie ze współczesnymi badaniami psychologicznymi u pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi do najistotniejszych zaburzeń funkcji poznawczych należą zaburzenia pamięci bezpośredniej. Przy czym u osób z depresją dość typowo stwierdza się lepsze zapamiętywanie słów

z początku i końca listy (efekt pierwszeństwa i świeżości). Podczas gdy w przebiegu otępienia, a zwłaszcza dla jego początkowych okresów charakterystyczne będą zaburzenie rozpoznawania i odroczonego przypomnienia. Badania neuropsychologiczne wskazują, że w przypadku depresji dochodzi do uszkodzenia przede wszystkim: uwagi, umiejętności abstrahowania, zdolności do uczenia się słów oraz zaburzeń pamięci.

W niektórych koncepcjach zakłada się, że objawy depresji (obniżony napęd i nastrój) są wyrazem zaburzenia funkcji poznawczych, co skutkuje pojawieniem się myśli destrukcyjnych, niepokojących chorego i w efekcie prowadzących do obniżonego samopoczucia. Inna koncepcja, tłumaczy pogorszenie funkcji poznawczych w depresji gorszą motywacją do wykonywania wszelkiego rodzaju działań. A zatem nie chodzi o upośledzenie samych czynności kognitywnych, ale o motywację (czy raczej brak motywacji) do ich prezentowania.

Pacjenci z depresją często zgłaszają problemy z funkcjami pamięci, niekiedy są one dla nich głównym problemem. Zaburzeniom świadomości towarzyszy najczęściej brak poczucia zaburzeń pamięci, a niekiedy nawet negowanie ich obecności. Pacjent z depresją wykonujący zadania mające na celu ocenę funkcji pamięci może wykazywać brak motywacji do nich, stąd częsta odpowiedź „nie wiem”. W zaburzeniach świadomości bardziej charakterystyczne będą odpowiedzi „bliskie prawdy”. Ponadto dla zaburzeń świadomości szczególnie wyraźne będzie zaburzenie zapamiętywania i dotyczy ono całego okresu zmienionej świadomości. Ocena zapamiętywania i przypominania w depresji wypadnie podobnie. W różnicowaniu ważna jest też kolejność pojawiania się objawów. Zaburzenia funkcji poznawczych, w tym pamięci będą w zaburzeniach świadomości jednym z pierwszych objawów. W depresji najpierw należy oczekiwać obniżonego nastroju. Chociaż i tutaj możliwych jest wiele innych wariantów. Szczególnie należy pamiętać o tzw. depresjach maskowanych, których w wieku podeszłym zdaje się być szczególnie dużo. W takich przypadkach obniżenie nastroju wcale nie musi być uchwytne klinicznie, a dominować mogą objawy somatyczne, zaburzenia snu i inne. Dość względną wartość różnicową ma fakt wcześniejszych epizodów depresyjnych. Taka obecność nakazuje staranie rozważyć możliwość rozpoznania depresji, ale nie ma wartości rozstrzygającej. Przebyte wcześniej epizody depresyjne wcale nie zmniejszają ryzyka wystąpienia zaburzeń świadomości. Objawy

Tabela 1. Cechy ułatwiające różnicowanie zaburzeń świadomości i zaburzeń depresyjnych [wg Wells 1979 i Ham i wsp. 1997] [6,7].

Depresja	Zaburzenia świadomości
<ul style="list-style-type: none"> • Skargi na zaburzenia pamięci • Niejednokrotnie w wywiadzie wcześniejsze zaburzenia depresyjne • „nie wiem” – częsta odpowiedź podczas przeprowadzania badania • Zapamiętywanie i przypominanie w podobnym stopniu upośledzone • Nastrój depresyjny zwykle poprzedza inne objawy związane ze sferą poznawczą 	<ul style="list-style-type: none"> • Brak poczucia zaburzeń pamięci • Często brak w wywiadzie zaburzeń psychopatologicznych • Odpowiedzi często „bliskie prawdy” • Wyraźniej nasilone zaburzenie zapamiętywania • Zaburzenia funkcji pamięci jednym z pierwszych objawów

ułatwiający różnicowanie zaburzeń świadomości od zaburzeń depresyjnych zebrano w tabeli 1.

Zaburzenia otępienne

Równie trudne jest różnicowanie zaburzeń świadomości i otępienia (tabela 2.). W tym wypadku istotne jest porównanie dynamiki obydwu kategorii zaburzeń. Zaburzenia świadomości charakteryzują się dużą dynamiką. Oznacza to, że ich początek dość często jest wyraźny, zauważalny przez otoczenie, które niekiedy może z dużą dokładnością określić, kiedy nastąpiła zmiana zachowania. W przypadku procesu otępiennego, za wyjątkiem niektórych incydentów niedokrwiennych, początek jest słabo określony. A dalszy przebieg zaburzenia przyjmuje dość często charakter postępujący. Podczas kiedy w przypadku zaburzeń świadomości mamy do czynienia z wyraźnym nasileniem zaburzeń praktycznie od początku choroby. Wreszcie o ile otępienie jest procesem długotrwałym, to zaburzenia świadomości zwykle ograniczone są do kilku, kilkunastu dni. Chociaż również opisywane są przypadki zaburzeń świadomości trwających wiele

miesiący. Obraz kliniczny otępienia jest względnie stały, naturalnie przy uwzględnieniu stopniowego pogłębiania się zaburzeń. Natomiast zaburzenia świadomości cechuje duża fluktuacja. Przykładowo w porze dziennej może dochodzić do całkowitego przejaśnienia świadomości, a po zmierzchu ponownie dochodzi do zamącenia. Wartość w różnicowaniu przypisuje się też zaburzeniom uwagi. O ile w zaburzeniach świadomości dochodzi do wyraźnego zawężenia uwagi, to w przebiegu otępienia, przynajmniej w jego mniej nasilonych postaciach, nie stwierdza się istotnych zmian w zakresie uwagi.

Należy jednak mieć na uwadze, że powyższe uwagi odnoszą się głównie do otępień, u podłoża których leżą tak zwane procesy pierwotnie zwyrodnieniowe (np. choroba Alzheimera, otępienie z ciałami Lewy'ego, zwyrodnienie czołowo-skroniowe). Inaczej może wyglądać kliniczna manifestacja otępienia wywołanego procesem naczyniowym, czynnikiem toksycznym lub np. urazem, kiedy często mamy do czynienia z gwałtownym początkiem i niejednokrotnie ze zmiennym przebiegiem. Z tych też powodów podstawowe znaczenie będzie miało określenie etiologicznego

Tabela 2. Różnicowanie zaburzeń świadomości z otępieniem [wg Ham i wsp. 1997][6]

Zaburzenia świadomości	Otępienie
<ul style="list-style-type: none"> • Nagły, często wyraźnie określony początek • Współwystępujące istotne czynniki medyczne • Okres występowania: dni – rzadziej tygodnie • Zwykle stany odwracalne • Wczesna dezorientacja • Znaczna zmienność obrazu /w poszczególnych godzinach, dniach/ • Wyraźne zmiany fizjologiczne • Zmienny poziom przytomności • Znaczne zawężenie uwagi • Zaburzenia rytmu sen-czuwanie w zakresie godzin • Znaczne zmiany psychoruchowe 	<ul style="list-style-type: none"> • Początek stopniowy, trudny do określenia • Stopniowe nasilenie się w ciągu miesięcy, lat • Okres występowania: miesiące, lata • Zwykle proces nieodwracalny, często postępujący • Dezorientacja w późniejszym okresie • Względna stałość obrazu (w poszczególnych dniach) • Mniej wyrażone zmiany fizjologiczne • Brak zaburzeń przytomności • Zakres uwagi w badaniu klinicznym bez istotnych zmian • Przesunięcie lub odwrócenie rytmu sen-czuwanie w ocenie całodobowej • Zaburzenia psychomotoryczne nasilają się w miarę rozwoju choroby

podłoża otępienia.

Dodatkowym utrudnieniem praktycznym jest fakt, że proces otępienny zawsze będzie istotnym czynnikiem ryzyka dla zaburzeń świadomości. Dlatego też przy wszelkim względnie gwałtownym pogorszeniu funkcjonowaniu chorego otępiennego należy myśleć o zaburzeniach świadomości. Również pojawienie się niektórych zachowań, np. pobudzenia i agresji może być spowodowane zaburzeniami świadomości [8].

Adres do korespondencji:

Leszek Bidzan
Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń
Psychotycznych i Wieku Podeszłego
Gdański Uniwersytet Medyczny
ul. Srebrniki 1, 80-282 Gdańsk
Tel.: (+48 58) 344 60 85
leszekbidzan@gumed.edu.pl

Piśmiennictwo

1. Jaroszyński J. Zespoły Zaburzeń Psychiczych. Warszawa: Instytut Psychoneurologiczny; 1978.
2. Foreman, M, Milisen K. Improving recognition of delirium in the elderly. *Primary Psychiatry* 2004;11:46-50.
3. Farrell KR, Ganzini L. Misdiagnosing delirium as depression in medically ill elderly patients. *Arch Intern Med* 1995;155: 2459-64.
4. Inouye S, van Dyck C, Alessi C, Balkin S, Siegal A, Horwitz R. Clarifying confusion: the confusion assessment method. *Annals of Internal Medicine* 1990;113:941-8.
5. Miller WR. Psychological deficit in depression. *Psychol Bull* 1975;82:238-60.
6. Ham RJ. Confusion, dementia and delirium. In: Ham RJ, Sloane PD (eds.). *Primary care geriatrics: a case-based approach*. 3d ed. St. Louis: Mosby. pp. 1997:106-7.
7. Wells CE. Pseudodementia. *Am J Psychiatry* 1979;136:895-900.
8. Kloszewska. Incidence and relationship between behavioral and psychological symptoms in Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998;13:785-92.