

**Ocena stopnia zaburzeń procesów poznawczych,
sprawności funkcjonowania oraz stanu emocjonalnego
wśród pacjentów z chorobą Alzheimera w odniesieniu
do ich stylu życia w okresie poprzedzającym
rozpoznanie choroby**

**Assessment of the cognitive, functioning and emotional impairments
in patients with Alzheimer's disease in relation to lifestyle behaviours
in the stage of life prior to the diagnosis of disease**

Maria Kaczmarek¹, Magdalena Skrzypczak¹, Anita Szwed¹,
Anna Goździcka-Józefiak², Anita Geppert³

¹ Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Instytut Antropologii,
Zakład Biologii Rozwoju Człowieka
Kierownik: prof. dr hab. J. Cieślik

² Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Instytut Biologii
Eksperymentalnej, Zakład Wirusologii Molekularnej
Kierownik: prof. dr hab. A. Goździcka-Józefiak

³ Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,
Katedra Neurologii
Kierownik: prof. dr hab. n. med. W. Kozubski

Summary

Aims. The purpose of the study is to estimate whether the cognitive, functioning and emotional impairments in patients with Alzheimer's disease are related to lifestyle behaviours in the stage of life prior to the diagnosis of the disease.

Methods. Altogether, 65 patients with Alzheimer's disease, 55 women and 10 men, participants of the day center, run by the Wielkopolska Association of Alzheimer's Disease and residents of the Senior Nursing Home in Koprzywnica, were examined. Cognitive, functioning and emotional impairments of patients as well as lifestyle behaviours in the stage of life prior to the diagnosis of AD were estimated using AD-specific questionnaire, which were completed by caregivers. Quantitative and qualitative analyses were run using appropriate statistical procedures available in the Statistica 7.1 programme [StatSoft. Inc. 2005 Statistica for Windows].

Results. The findings revealed that patients with AD aged 70 years and older were likely to be more frequently impaired with daily life functioning than their younger counterparts. Patients with a higher attainment of education were more frequently impaired with cognitive than emotional problems and depression. Of all the variables in question, calendar age,

educational attainment and intellectual activity in the stage of life prior to the diagnosis of disease were most significant in explaining the variation in the current impairments. Persons who were younger and intellectually active prior to the disease, were likely to be suffering less from the burden of AD than the older and less intellectually active counterparts.

Conclusions. The association between educational attainment and intellectual activity in the stage of life prior to the occurrence of AD, and the burden of AD, found in the study, indicates that a lifelong intellectual activity may help to reduce disabilities and improve the patients' quality of life.

Słowa klucze: choroba Alzheimera, zespół objawów, styl życia

Key words: Alzheimer's disease, the burden of AD, lifestyle behaviours

Wstęp

W starzejących się społeczeństwach systematycznie wzrasta liczba osób cierpiących na chorobę Alzheimera (AD). W prognozach na rok 2010 przewiduje się, że odsetek osób chorych na demencje, w tym AD, wzrośnie o 25%. Szacuje się, że w skali naszego kraju cierpi na nią 200–250 tysięcy osób. Koszty opieki medycznej i społecznej nad chorymi na AD, już wysokie, będą wzrastać. Wobec powyższych faktów pilnym zadaniem staje się szczegółowe rozpoznanie etiologii tej choroby [1]. U podłoża chorób neurodegeneracyjnych leżą procesy patogenetyczne warunkowane czynnikami natury genetycznej i środowiskowej. O wpływie czynników środowiskowych – takich jak status społeczno-ekonomiczny i wynikający z niego styl życia – na zaburzenia pamięci i innych procesów poznawczych, które utrudniają wykonywanie codziennych czynności osobom starszym, świadczą wyniki wielu badań [2–6]. Wyniki badań epidemiologicznych dotyczących chorób neurodegeneracyjnych wykazują wysokie ryzyko wystąpienia AD wśród osób z niskim poziomem wykształcenia i pracujących w zawodach nie wymagających większego wysiłku umysłowego [7, 8]. Stwierdzenie to wciąż pozostaje przedmiotem dyskusji i sporów.

Choroba Alzheimera objawia się fenotypowo zaburzeniami procesów poznawczych, które prowadzą do systematycznego obniżania się zdolności do samodzielnego życia. W początkowej fazie AD zaburzenia pamięci i innych procesów poznawczych przekraczają przyjętą dla danego wieku normę, lecz nie kwalifikują się jeszcze do zdiagnozowania jako ośpienie. Trudności z zapamiętywaniem nowych informacji lub sytuacje wymagające znacznej sprawności intelektualnej stopniowo zaczynają sprawiać kłopoty; pojawiają się izolowane zaburzenia koncentracji i pamięci bezpośredniej [9, 10].

W świetle powyższych faktów interesujące jest pytanie, czy zespół objawów choroby Alzheimera ma związek ze stylem życia w okresie przed jej rozpoznaniem? Celem pracy jest określenie powiązań między zaburzeniami procesów poznawczych, obniżeniem się sprawności wykonywania codziennych czynności i zaburzeniami emocji wśród osób z chorobą Alzheimera (AD) a stylem życia w okresie poprzedzającym rozpoznanie choroby.

Material i metody

Badanie przeprowadzono w 2006 roku za zgodą Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Wzięło w nim udział 55 kobiet i 10 mężczyzn ze zdiagno-

zowaną chorobą Alzheimera oraz ich opiekunowie. Badani to pensjonariusze ośrodka dziennego pobytu prowadzonego przez Wielkopolskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie oraz stali mieszkańcy Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Koprzywnicy. Diagnozę i ocenę stopnia nasilenia otępienia ustalono w Katedrze i Klinice Neurologii UM w Poznaniu oraz w Ośrodku Opiekuńczo-Lecznicznym w Koprzywnicy. W wielowymiarowej analizie powiązań między zespołem objawów otępienia w AD a interesującymi nas zmiennymi środowiskowymi zastosowano kwestionariusz przygotowany przez Kaczmarek [11]. Dotyczy on różnych aspektów funkcjonowania chorych decydujących o jakości ich życia oraz jakości życia osób opiekujących się nimi. Zawiera 90 zamkniętych pytań podzielonych na pięć części. Część pierwsza dotyczy ogólnych informacji o osobie z demencją (IAD 1–7); część druga (IAD 8–48) dotyczy charakterystyki różnych aspektów życia chorego przed rozpoznaniem choroby: aktywności ruchowej (na podstawie sposobów spędzania wolnego czasu, takich jak spacer, jazda rowerem, gimnastyka), aktywności intelektualnej (na podstawie sposobów spędzania wolnego czasu, takich jak czytanie, koła zainteresowań, kursy), różnych nałogów, przede wszystkim palenia papierosów oraz traumatycznych przeżyć; część trzecia dotyczy szczegółów związanych z diagnozą choroby (IAD 49–58); część czwarta dotyczy obecnego stanu chorego (IAD 59–73). Część czwarta kwestionariusza zawiera między innymi test psychometryczny dotyczący radzenia sobie z czynnościami dnia codziennego, Instrumental Activities of Daily Scale (IADL) [12], oraz pytania odnoszące się do stanu emocjonalnego pacjenta wzorowane na Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q) [13] obejmujące: nerwowość, kłopoty z pamięcią (częste pomyłki), problemy z koncentracją i uwagą, apatię, gubienie się, depresję, agresywność, słabą kontrolę emocji, huśtawkę nastrojów. Ta część kwestionariusza zawiera także listę pomiarów somatometrycznych i wskaźników biochemicznych charakteryzujących stan fizyczny pacjenta. Część piąta jest adresowana do osób sprawujących opiekę nad chorymi (IOP 74–90) i dotyczy jakości życia opiekunów. W opisywanym badaniu żadna z osób cierpiących z powodu choroby Alzheimera nie była w stanie samodzielnie odpowiedzieć na pytania zawarte w kwestionariuszu. Wypełniali go opiekunowie chorych, korzystając w razie potrzeby z pomocy psychologa i lekarza prowadzącego. Określano częstość występowania i nasilenie zaburzeń pamięci, trudności w wykonywaniu codziennych czynności, problemów emocjonalnych. Analizę jakościową i ilościową przeprowadzono, stosując standardowe metody statystyczne dostępne w pakiecie programów statystycznych Statistica 7.1 [StatSoft. Inc. 2005 Statistica for Windows]. Do opisu i oceny zależności między badanymi zmiennymi zastosowano metody jedno- i wielowymiarowe: test χ^2 Pearsona, analizę korelacji rang Spearmana oraz wieloczynnikową analizę regresji krokowej postępującej. Statystyczną istotność różnic określano z prawdopodobieństwem 0,05.

Wyniki

Badanych, mężczyzn i kobiety z AD, włączono do jednej grupy, w której wydzielono dwie kategorie wieku: młodszą, obejmującą osoby w wieku między 50 a 70 lat, oraz starszą, obejmującą osoby w wieku 70 lat i starsze. Obie grupy wieku różniły się liczeb-

nością – 75% badanych to osoby w wieku 70 lat i starszym. W tabeli 1 przedstawiono charakterystykę badanych, pod względem stanu cywilnego, poziomu wykształcenia, rodzaju wykonywanej pracy, aktywności fizycznej i intelektualnej oraz nawyku palenia papierosów, w dwu kategoriach wieku – młodszej i starszej. Jak pokazują wyniki testu χ^2 Pearsona, obie grupy nie różniły się istotnie pod względem analizowanych zmiennych, poza stanem cywilnym. W grupie osób starszych, w porównaniu z grupą młodszych, zdecydowanie więcej było wdów i wdowców (68,3%).

Tabela 1. Charakterystyka pacjentów z AD ze względu na stan cywilny oraz wybrane elementy stylu życia w okresie poprzedzającym chorobę w dwu grupach wieku

	≤ 70 lat %	>70 lat %	Różnice pomiędzy grupami
stan cywilny: panna/kawaler zamężna/zonaty wdowa/wdowiec rozwidziona/rozwidziony	8,3 50,0 25,0 16,7	9,8 19,5 68,3 2,4	$\chi^2 = 9,58$ $df = 3$ $p = 0,02$ $R = 0,12$ $p = 0,38$
wykształcenie: podstawowe zawodowe średnie oraz wyższe	23,1 15,4 61,5	42,5 15,0 42,5	$\chi^2 = 3,62$ $df = 2$ $p = 0,32$ $R = -0,14$ $p = 0,32$
rodzaj wykonywanej pracy: fizyczna umysłowa	20,0 80,0	45,2 54,8	$\chi^2 = 2,01$ $df = 1$ $p = 0,16$ $R = -0,22$ $p = 0,16$
aktywność intelektualna: nie tak	66,7 33,3	65,9 34,1	$\chi^2 = 0,003$ $df = 1$ $p = 0,95$ $R = 0,001$ $p = 0,96$
aktywność fizyczna: nie tak	33,3 66,7	19,1 80,9	$\chi^2 = 1,10$ $df = 1$ $p = 0,29$ $R = 0,14$ $p = 0,30$
palenie papierosów: nigdy czasami często	76,9 23,1 0,0	68,3 22,0 9,7	$\chi^2 = 1,38$ $df = 2$ $p = 0,50$ $R = 0,10$ $p = 0,47$

U większości badanych stwierdzono umiarkowane nasileniem otępienia (58,1%), u 7% – lekkie, a u 34,9% – otępienie o nasileniu głębokim.

Zbadano, czy w okresie przed rozpoznaniem choroby Alzheimera miały miejsce traumatyczne zdarzenia, które mogły wpłynąć na jej rozwój. Były to: u 66% śmierć małżonka, u 18% śmierć bliskiej osoby (rodzica, dziecka), u 8% traumatyczne zdarzenie (wypadek, wojna), u 5% rozwód oraz u 3% odejście dzieci z domu.

W analizie jednowymiarowej zbadano wzajemne powiązania między wiekiem kalendarzowym a zaburzeniami pamięci i innymi procesami poznawczymi, utrudniającymi wykonywanie codziennych czynności, oraz problemami emocjonalnymi. Na podstawie wyników testu χ^2 oraz współczynnika R korelacji rang Spearmana wykazano, że spośród codziennych czynności problemy ze snaniem ($p = 0,02$; $p =$

0,02) oraz problemy z czynnościami fizjologicznymi ($p = 0,01$; $p = 0,01$) występowały istotnie częściej u osób w wieku 70 lat i starszym. Istotnie częściej wśród tych osób stwierdzano depresje ($p = 0,01$; $p = 0,01$) oraz problemy z kontrolą własnych emocji ($p = 0$; $p = 0$). Ponadto, im pacjenci byli starsi, tym istotnie częściej mieli trudności z rozpoznawaniem osób z własnego otoczenia ($p = 0,04$; $p = 0,04$). Sprawdzono powiązanie między stopniem nasilenia otępienia a poziomem funkcjonowania osoby cierpiącej na AD. Chorzy z otępieniem o nasileniu głębokim istotnie częściej mieli problemy z kontrolowaniem czynności fizjologicznych ($p = 0,04$; $p = 0,03$), z rozmową przez telefon ($p = 0$; $p = 0$), pisaniami i czytaniem ($p = 0$; $p = 0,04$) oraz kontynuacją wcześniejszych zainteresowań ($p = 0,04$; $p = 0,01$).

Zasadniczym celem, postawionym w pracy, była próba wskazania, czy i w jaki sposób zmienne środowiska społecznego oraz styl życia w okresie poprzedzającym rozpoznanie choroby wykazywały powiązanie z objawami otępienia. W analizie wielowymiarowej zastosowano modele regresji krokowej postępującej, w których zmiennymi wyjaśnianymi były objawy otępienia, a zmiennymi wyjaśniającymi: stan cywilny, wykształcenie, rodzaj wykonywanej pracy, aktywność ruchowa, aktywność intelektualna, palenie papierosów, traumatyczne przeżycia, obecny stopień zaawansowania choroby oraz wiek kalendarzowy. Wyniki analiz przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Wyniki wieloczynnikowej analizy regresji krokowej postępującej, wskazujące zmienne warunkujące istotnie występowanie objawów choroby Alzheimera

Zmienna	Beta	SE	t	p
zaburzenia procesów poznawczych $R^2 = 0,47$ $F(6,16) = 2,34$ $p = 0,01$				
wyraz wolny	5,14	2,36	2,18	0,044
wiek kalendarzowy	1,76	0,81	2,17	0,045
obecny stan choroby	0,61	0,58	2,15	0,047
wykształcenie	1,53	0,82	1,88	0,078
aktywność intelektualna	-1,09	0,75	-1,46	0,164
traumatyczne przeżycia	-0,29	0,23	-1,32	0,205
zaburzenia funkcjonowania $R^2 = 0,33$ $F(3,19) = 3,15$ $p = 0,04$				
wyraz wolny	22,92	2,05	11,19	0,000
aktywność intelektualna	-1,83	0,77	-2,36	0,029
wiek kalendarzowy	1,67	0,91	1,83	0,083
problemy emocjonalne $R^2 = 0,44$ $F(5,19) = 2,95$ $p = 0,04$				
wyraz wolny	7,05	2,61	2,70	0,014
wiek kalendarzowy	3,21	1,09	2,95	0,008
wykształcenie	-1,95	1,1	-1,76	0,095
palenie papierosów	-1,00	0,61	-1,60	0,127
aktywność intelektualna	-1,38	0,98	-1,04	0,175

Przyjęte zmienne wyjaśniały 47% ($R^2=0,47$) zmienności objawów związanych z zaburzeniami procesów poznawczych, 33% ($R^2=0,33$) zmienności objawów związanych z zaburzeniami funkcjonowania oraz 44% ($R^2=0,44$) zmienności objawów związanych z problemami emocjonalnymi. Okazało się, że w strukturze zmiennych wyjaśniających wiek kalendarzowy, aktywność intelektualna i wykształcenie miały największy udział w wyjaśnianiu zmienności objawów otępienia. W modelu uwzględniającym zaburzenia funkcjonowania wiek kalendarzowy i aktywność intelektualna były jedynymi zmiennymi, które wzięto pod uwagę. Oznacza to, że osoby młodsze oraz aktywne intelektualnie w okresie poprzedzającym rozpoznanie choroby charakteryzowały się mniejszą liczbą objawów otępienia w porównaniu z osobami starszymi, gorzej wykształconymi i mało aktywnymi intelektualnie w okresie poprzedzającym rozpoznanie choroby. Wykazano, że osoby ze średnim i z wyższym wykształceniem, aktywne intelektualnie w okresie poprzedzającym chorobę, istotnie rzadziej cierpiały z powodu depresji i innych problemów emocjonalnych oraz zdecydowanie lepiej radziły sobie z wykonywaniem codziennych czynności niż osoby o niższym poziomie wykształcenia i nieaktywne intelektualnie. Wśród zmiennych wyjaśniających istotne okazały się ponadto: nawyk palenia papierosów, nasilenie choroby w chwili wykonywania badań oraz trauma związana ze śmiercią współmałżonka w okresie poprzedzającym chorobę.

Omówienie wyników

Panuje przekonanie, że najważniejszym czynnikiem ryzyka AD jest wiek kalendarzowy [14, 15]. Początki choroby można zaobserwować nawet przed 65 rokiem życia [16, 17], w większości przypadków jednak AD pojawia się w starszym wieku. Do grupy czynników ryzyka zalicza się również płeć. Ryzyko rozwoju demencji u kobiet powyżej 80 r. ż. jest wyższe niż u mężczyzn. Częstsze występowanie choroby u kobiet jest następstwem zmian hormonalnych w ich organizmie po menopauzie oraz przeciętnie dłuższego życia niż mężczyzn [18, 19]. Wyniki naszych badań potwierdzają te prawidłowości: zdecydowaną większość pacjentów stanowiły kobiety po 70 roku życia.

Kryteria rozpoznania otępienia uwzględniają zaburzenia przynajmniej dwóch funkcji poznawczych, z których jedną jest pamięć, do pozostałych zaś zaburzeń należą funkcje językowe, myślenie abstrakcyjne, analiza wzrokowo-przestrzenna, rozumienie, ocena sytuacji i zdarzeń [1, 17, 20]. Wyniki naszych badań wykazały, że osoby w wieku 70 lat i starsze, o głębokim nasileniu AD, nie kontrolowały czynności fizjologicznych, nie rozpoznawały osób z własnego otoczenia, nie potrafiły rozmawiać przez telefon, pisać ani czytać, nie potrafiły też samodzielnie wykonywać codziennych czynności i wymagały stałej pomocy opiekunów.

Założenie o wysokim ryzyku wystąpienia choroby Alzheimera u osób z niskim wykształceniem i pracujących w zawodach nie wymagających większego wysiłku umysłowego jest przedmiotem dyskusji [4, 7, 13, 15, 21]. Przeciwnicy tego poglądu podkreślają, że intensywna aktywność umysłowa powoduje zwiększenie rezerw w postaci gęstszych połączeń synaptycznych, a te pozwalają przez dłuższy czas kompensować skutki degeneracyjnego procesu choroby. Przyczynia się to do dłuższego „maskowania” objawów otępienia alzheimerowskiego, powodując ich późniejsze rozpoznanie. Zwolnen-

nicy tezy o niższym ryzyku wystąpienia AD u osób lepiej wykształconych podkreślają, że wyższy poziom wykształcenia sprzyja rozwojowi tzw. rezerwy neuropoznawczej, która powiązana jest ze wzrostem objętości mózgu oraz rozwojem sieci neuronalnej i tym samym stanowi czynnik protekcyjny w odniesieniu do zaburzeń demencyjnych [8]. Większość badań długofalowych przeprowadzonych w ciągu ostatnich lat potwierdza związek między aktywnością umysłową, fizyczną i społeczną a zmniejszonym ryzykiem występowania zaburzeń neurodegeneracyjnych [7].

Z naszych badań wynika, że wiek kalendarzowy, wykształcenie oraz aktywność intelektualna, w największym stopniu z uwzględnionych w badaniu zmiennych środowiskowych, wyjaśniają zmienność objawów AD związanych z zaburzeniami procesów poznawczych, trudnościami w wykonywaniu codziennych czynności oraz problemami emocjonalnymi. MacDonald i wsp. [22] twierdzą, że wiek kalendarzowy, jako wyznacznik zmian poznawczych w późnym wieku, jedynie pośrednio odzwierciedla kumulację wpływów biologicznych oraz środowiskowych. W tym sensie nie jest przyczyną zmian, ale wymiarem, w którym działają czynniki powodujące zmiany inwolucyjne. W odniesieniu do stymulacji poznawczej związanej z aktywnością intelektualną i wykształceniem można przypuszczać, że ujawniły się mechanizmy kompensacyjne, wykorzystujące plastyczność mózgu do radzenia sobie w trudnych sytuacjach emocjonalnych [23].

Zaobserwowano, że osoby lepiej wykształcone miały większe problemy z rozpoznawaniem osób z własnego otoczenia niż osoby gorzej wykształcone. To zaskakujące. Wyjaśnienia należy szukać w zależności procesów poznawczych od wielu czynników wzajemnie się wzmacniających i w efekcie powodujących zmniejszenie sprawności, zarówno psychicznej, jak i fizycznej. Do częstych przyczyn zaburzeń pamięci w podeszłym wieku zalicza się sytuację psychospołeczną. Negatywny bilans życiowy, brak perspektyw, częściej uświadamiane sobie przez osoby z wyższym wykształceniem, śmierć bliskiej osoby, izolacja społeczna, czy zmiana miejsca pobytu jest dla człowieka starszego zawsze czynnikiem traumatycznym. Nakładają się na to choroby somatyczne, które doprowadzają do zaburzeń homeostazy i dekompensacji psychicznej i fizycznej [23]. Stwierdzono, że zaburzenia procesów poznawczych częściej występowały u osób, które doświadczyły traumatycznych zdarzeń w okresie poprzedzającym chorobę.

Wiele danych wskazuje na rolę wolnych rodników tlenowych w patogenezie AD. Przyczyny stresu oksydacyjnego mogą mieć charakter egzogenny (palenie tytoniu, spożywanie zwiększonych ilości nasyconych kwasów tłuszczowych oraz podwyższony poziom cholesterolu), a także endogenny (procesy zapalne wywołane odkładającymi się złogami amyloidu) [14, 24, 25]. Jak pokazały nasze badania, wśród osób palących, w porównaniu z niepalącymi, rzadziej występowały problemy emocjonalne. Inne źródła wskazują, że porzucenie nawyku palenia papierosów tylko nieznacznie zmniejsza ryzyko choroby Alzheimera [7].

Wnioski

Na podstawie stwierdzonego powiązania pomiędzy wykształceniem i aktywnością intelektualną w okresie poprzedzającym wystąpienie choroby Alzheimera a zespołem

jej objawów można przypuszczać, że systematyczna aktywność intelektualna może przyczynić się do złagodzenia problemów poznawczych, trudności w wykonywaniu codziennych czynności i problemów emocjonalnych pojawiających się w chorobie Alzheimera, a tym samym poprawy jakości życia chorych. Treningi pamięci i sprawności psychomotorycznych, za pomocą prostych środków i zadań, pomagają jak najdłużej utrzymać sprawność funkcji poznawczych na poziomie pozwalającym samodzielnie wykonywać podstawowe czynności.

PODZIĘKOWANIA. Praca możliwa była dzięki uprzejmości mgr. Andrzeja Rossa, dyrektora Wielkopolskiego Stowarzyszenia Alzheimerowskiego w Poznaniu, oraz mgr Lucyny Majkowskiej, dyrektor Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Koprzywnicy. Dziękujemy Pani psycholog, mgr Justynie Kaczyńskiej, za pomoc w przeprowadzeniu badań. Serdeczne podziękowania kierujemy do opiekunów, którzy bardzo rzetelnie odpowiadali na pytania zawarte w kwestionariuszu i współpracowali z nami na wszystkich etapach badań.

Оценка степени нарушений пестических процессов способности функционирования и эмоционального состояния среди больных с болезнью Альцгеймера ввиду а образ жизни во времени, предшествующем диагнозу болезни

Содержание

Задание. Определение влияния нарушений мнестических процессов и сопутствующих им затруднениям в исполнении ежедневных обязанностей. Кроме того, оценка эмоциональных проблем у людей с болезнью Альцгеймера и их связь с образом жизни, предшествующим перед признаками болезни.

Метод. Исследовано 55 женщин и 10 мужчин с болезнью Альцгеймера пребывающих в дневном отделении Велькопольского общества для больных этой болезнью, а также постоянно пребывающих пациентов Опекунско-лечебного стационара в селе Копшевицы. В объективном и субъективном исследованиях диагностировано болезнь и степень ее тяжести. Степень нарушения мнестических процессов, функционирование в ежедневной жизни, эмоциональное состояние в моменте исследования, а также образ жизни в предыдущим периоде перед диагностированием болезни, были оценены на основании анкеты, заполненной опекунами больного. В статистическом анализе данных использованы стандартные процедуры описательной статистики, доступные в практике статистических программ – статистика 7.1 (Stat Soft Inc 2005 Statistica for Windows).

Результаты. В группе лиц в возрасте 70 и более лет значительно чаще наблюдались нарушения сна, нарушения, связанные с исполнением ежедневных занятий, эмоциональные проблемы и депрессии, а также проблемы с узнаванием лиц собственного окружения, нежели в группе более молодых больных. Среди больных со средним и высшим образованием в сравнение с больными с низшим образованием чаще наблюдались нарушения мнестических процессов, тогда как реже эмоциональные процессы и депрессии. Модель полифакторной шаговой прогрессирующей регрессии указывала на факт, что образование и интеллектуальная активность в периоде жизни, предшествующей заболеванию, а также календарный возраст – это изменчивые, объясняющие большую часть изменчивых синдрома проявлений деменции среди больных болезнью Альцгеймера.

Выводы. На основании обнаруженной связи между образованием и интеллектуальной активностью в предшествующим периоде жизни больных перед диагностированием болезни Альцгеймера и числом ее симптомов можно предположить, что систематическая интеллектуальная готивность может положительно влиять на облегчение нарушений мнестических функций, на таудности в исполнении ежедневных занятий и эмоциональных проблем, появляющихся при болезни Альцгеймера, а тем самым улучшения качества жизни больных.

Die Beurteilung der Störungen kognitiver Prozesse, Funktionsweise und emotionellen Befindens unter Patienten mit Alzheimer - Krankheit im Hinblick auf Lebensstil bevor die Diagnose gestellt wurde

Zusammenfassung

Ziel. Die Bestimmung, ob die Störungen der kognitiven Prozesse und sie begleitende Schwierigkeiten bei der Ausführung alltäglicher Tätigkeiten und die emotionellen Probleme bei den Personen mit der Alzheimer - Krankheit (AD) einen Zusammenhang mit dem Lebensstil haben, den der Kranke vor der Diagnosestellung Alzheimer - Krankheit geführt hat.

Methode. Es wurden 55 Frauen und 10 Männer mit der Alzheimer - Krankheit untersucht, es waren die Bewohner einer Tagesabteilung, die durch /Wielkopolskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie/ Alzheimer - Krankheit - Großpolnische Vereinigung geführt wird, und die Bewohner der Heil- und Pflegeanstalt /Zak_ad Opieku_czo - Lecznicy/ in Koprzywnica. In der sachlichen und gegenständlichen Untersuchung wurde die Krankheit diagnostiziert und ihr Intensitätsgrad bestimmt. Der Grad der Störungen der kognitiven Prozesse, der Funktionsweise im Alltag, das emotionelle Befinden zum Zeitpunkt der Untersuchung und der Lebensstil des Patienten in der Zeit vor der Diagnosestellung wurden aufgrund einer Umfrage aus dem Fragebogen beurteilt, die durch den Betreuer des Kranken ausgefüllt wurde. In der statistischen Analyse der Angaben wurden die Standardprozeduren der beschreibenden Statistik benutzt, die in der Programmsammlung Statistica 7.1 [StatSoft.Inc.2005 Statistica for Windows] zugänglich sind.

Ergebnisse. en mit AD im Alter von 70 und mehr wurden bedeutend häufiger Schlafstörungen, Störungen bei der Ausführung der Alltagstätigkeiten, emotionelle Probleme und Depression, Probleme mit der Erkennung von Personen aus eigener Umgebung beobachtet als in der Gruppe der jüngeren Personen. Unter den Kranken mit mittlerer und höherer Ausbildung wurden häufiger Störungen der kognitiven Prozesse bemerkt im Vergleich mit den Kranken mit niedrigerer Ausbildung, dagegen aber seltener emotionelle Probleme und Depression. Das Modell der mehrfaktorellen fortschreitenden Regression zeigte, dass die Ausbildung, intellektuelle Aktivität in der Zeit vor der Diagnosestellung und Alter die Variablen sind, die den größten Teil der Veränderungen des Syndroms der Demenzsymptome unter den Kranken an AD erklären.

Schlussfolgerungen. Aufgrund des festgestellten Zusammenhanges zwischen der Ausbildung und intellektueller Aktivität in der Zeit vor der Diagnosestellung und dem Syndrom der Demenzsymptome kann man vermuten, dass systematische intellektuelle Aktivität zur Milderung der kognitiven Probleme, der Schwierigkeiten bei der Ausführung der Alltagstätigkeiten und der emotionellen Probleme in der Alzheimer Krankheit und damit zur Verbesserung der Lebensqualität der Kranken beitragen kann.

L'estimation des troubles cognitifs, du fonctionnement et de l'état émotionnel des patients souffrant de la maladie d'Alzheimer en relation au style de vie d'avant la maladie

Résumé

Objectif. On essaie de savoir si les troubles cognitifs et les difficultés de la vie quotidienne qui en résultent ainsi que les troubles émotionnels des patients souffrant de la maladie d'Alzheimer(MA) restent en corrélation avec le style de vie d'avant la maladie.

Méthode. On a examiné 55 femmes et 10 hommes souffrant de la maladie d'Alzheimer, participants du Centre de séjour de l'Association de l'Alzheimer de Wielkopolska et des résidents de la Maison des Seigneurs à Koprzywnica. Le niveau d'intensité des troubles cognitifs, les troubles du fonctionnement, de l'état émotionnel au moment de l'examen et le style de vie d'avant la maladie sont analysés par le questionnaire rempli par la personne s'occupant du malade. L'analyse qualitative et quantitative de ces questionnaires est faite avec les méthodes statistiques du programme Statistica 7.1(StatSoft. Inc.2005 Statistica for Windows).

Résultats. Dans le groupe souffrant de MA (âgés de 70 ans et plus) on observe plus souvent les troubles du sommeil, les troubles du fonctionnement quotidien, les troubles émotionnels et la

dépression. Les malades avec le niveau moyen et supérieur d'éducation souffrent plus souvent des troubles cognitifs que les patients avec le niveau élémentaire d'éducation tandis que chez ces premiers on observe plus rarement les troubles émotionnels et la dépression. Les autres variables en questions tels que le niveau d'éducation, l'activité intellectuelle d'avant la maladie et l'âge des patients ce sont les facteurs qui expliquent la variation du syndrome des symptômes de la démence chez les malades avec MA.

Conclusions. Les associations de l'éducation et de l'activité intellectuelle d'avant la maladie d'Alzheimer et ses symptômes indiquent que l'activité intellectuelle systématique peut diminuer les troubles cognitifs, les troubles de l'activité quotidienne et les troubles émotionnels pendant la maladie d'Alzheimer et en même temps elle peut influencer sur la qualité de vie des malades.

Piśmiennictwo

1. Cummings JL, Jeste DV. *Alzheimer's disease and its management in the year 2010*. Psychiatr. Serv. 1999; 50: 1173–1177.
2. Verbrugge LM, Jette AM. *The disablement process*. Soc. Sc. Med. 1994; 38: 1–14.
3. Bień B. *Spoleczno-środowiskowe uwarunkowania starzenia się populacji*. Zdrowie Publ. 1997; CVII, 10: 273–276.
4. Rautio N, Heikkinen E, Heikkinen R-L. *The association of socio-economic factors with physical and mental capacity in elderly men and women*. Arch. Gerontol. Geriatr. 2001; 33: 163–178.
5. Norris JC, van der Laan MJ, Lane S, Anderson JN, Block G. *Nonlinearity in demographic and behavioral determinants of morbidity*. Health Serv. Res. 2003; 38: 1791–1818.
6. Kaczmarek M, Skrzypczak M, Maćkowiak K. *Subiektywna i obiektywna ocena zdrowia starzejących się mężczyzn*. W: Jerzemowski J, Grzybiak M, Piontek J, red. *Wszystkich rzeczy miarą jest człowiek*. Wyd. Tower Press Sopot; 2006, s. 47–50.
7. Förstl H. *Leczenie zespołów otępiennych*. Wrocław: Urban&Partner; 2003.
8. Bidzan L, Turczyński J. *Środowisko zamieszkania a poziom funkcji poznawczych w populacji osób powyżej 60 roku życia*. Psychiatr. Pol. 2005; 39, 6: 1211–1218.
9. Knopman DS, DeKosky ST, Cummings JL, Chui H, Corey-Bloom J, Relkin N, Small GW, Miller B, Stevens JC. *Practice parameter: Diagnosis of dementia (an evidence-based review)*. Neurol. 2001; 56: 1143–1153.
10. Ohnishi T, Matsuda H, Tabira T, Asada T, Uno M. *Changes in brain morphology in Alzheimer disease and normal ageing: Is Alzheimer disease an exaggerated ageing process?* Am. J. Neuroradiol. 2001; 22: 1680–1685.
11. Kaczmarek M. *Jakość życia cierpiących na chorobę Alzheimera oraz osób opiekujących się chorymi*. Maszynopis kwestionariusza ankiety. UAM; Poznań: 2005.
12. Lawton MP, Brody EM. *Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living*. Gerontol. 1969; 9: 179–186.
13. Kaufer DI, Cummings JL, Ketchel P, Smith V, MacMillan A, Shelley T, Lopez OL, de Kosky ST. *Validation of the NPI-Q, a brief clinical form of the neuropsychiatric inventory*. J. Neuropsychiatry Clin. Neurosc. 2000; 12 (2): 233–239.
14. Silver MH, Jilinskaia E, Perls TT. *Cognitive functional status of age-confirmed centenarians in a population-based study*. J. Gerontol. Psychol. Sc. 2001; 56B: 134–140.
15. Alzheimer's Association: *Genes and Alzheimer's*. Fact Sheet. 2004; [www.alz.org]
16. Morris JC. *Is Alzheimer's disease inevitable with age?* J. Clin. Invest. 1999; 104: 1171–1173.
17. Richard F, Amouyel P. *Genetic susceptibility factors for Alzheimer's disease*. Eur. J. Pharmacol. 2001; 412: 1–12.
18. Letenneur L, Gilleron V, Commenges D, Helmer C, Orgozo JM, Dartigues JF. *Are sex and educational level independent predictors of dementia and Alzheimer's disease? Incidence data from the Pauid project*. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry 1999; 66: 177–183.

19. Casadesus G, Atwood CS, Zhu X, Hartzler AW, Webber KM, Perry G, Bowen RL, Smith MA. *Evidence for the role of gonadotropin hormones in the development of Alzheimer disease*. Cell. Mol. Life Sc. 2005; 62: 293–298.
20. Scarmeas N, Hadjigeorgiou GM, Papadimitriou A, Dubois B, Sarazin M, Brandt J, Albert M, Marder K, Bell K, Honig LS, Wegesin D, Stern Y. *Motor signs during the course of Alzheimer disease*. Neurol. 2004; 63: 975–982.
21. Baucó C, Borriello C, Cinti AM, Martella S, Zannino G, Rossetti C, Cacciafesta M, Marigliano V. *Correlation between MMSE performance, age and education in centenarians*. Arch. Gerontol. Geriatr. 1998; 8 suppl.: 23–26.
22. MacDonald SWS, Dixon RA, Cohen A-L, Hazlitt JE. *Biological age and 12-year cognitive change in older adults: findings from the Victoria longitudinal study*. Gerontol. 2001; 50: 64–81.
23. Prusiński A. *Neurogeriatria – praktyczne problemy neurologii w wieku podeszłym*. Lublin: Czelej; 2004.
24. Webber KM, Raina AK, Marlatt MW, Zhu X, Prat MI, Morelli L, Casadesus G, Perry G, Smith MA. *The cell cycle in Alzheimer disease: A unique target for neuropharmacology*. Mechan. Ageing Develop. 2005; 126: 1019–1025.
25. Kuo H-K, Jones RN, Milberg WP, Tennstedt S, Talbot L, Morris JN, Lipsitz LA. *Cognitive function in normal-weight, overweight, and obese older adults: An analysis of the advanced cognitive training for independent and vital elderly cohort*. JAGS 2006; 54: 97–103.

Adres: Maria Kaczmarek
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
Instytut Antropologii
Zakład Biologii Rozwoju Człowieka
61-614 Poznań, ul. Umultowska 89

Otrzymano: 25.06.2007
Zrecenzowano: 23.07.2007
Przyjęto do druku: 10.01.2008

WAŻNY KOMUNIKAT

Przypominamy, że nowy statut Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego przewiduje jedynie zwyczajne członkostwo towarzystwa. Składka roczna wynosząca w 2008 roku 100 pln, obejmuje m.in. koszt dystrybucji Psychiatrii Polskiej i Psychoterapii oraz członkostwo w sekcjach naukowych PTP.

Przypominamy wszystkim osobom, które dotychczas miały status członka nadzwyczajnego z tytułu przynależności do Sekcji Naukowych, o konieczności pilnego złożenia w stosownym oddziale terenowym PTP dokumentów koniecznych do przyjęcia ich jako członków zwyczajnych.

Zarazem informujemy, że Zarząd Sekcji Psychoterapii PTP ustalił datę 1 czerwca 2008 jako ostateczny termin wygaśnięcia statusu członka nadzwyczajnego tej sekcji.