

Rozpoznawanie zaburzeń funkcji poznawczych u pacjentów w podeszłym wieku w podstawowej opiece zdrowotnej

Diagnosing cognitive function disorders in elderly patients in general practice

Agnieszka Gostyńska, Barbara Ostrowska

Centrum Zdrowia Psychicznego, Centrum Medyczne HCP, Poznań, Polska

Neuropsychiatria i Neuropsychologia 2018; 13, 3: 114–119

Adres do korespondencji:

mgr Agnieszka Gostyńska
Centrum Zdrowia Psychicznego
Centrum Medyczne HCP
ul. 28 Czerwca 1956 r. 194, 61-485 Poznań
tel. 508 107 335
e-mail: agostynska@wp.pl

Streszczenie

Autorki pracy dokonują oceny demograficznej społeczeństwa polskiego i prognozowanego udziału osób w podeszłym wieku w populacji pacjentów lekarza rodzinnego. Opierając się na danych demograficznych GUS i Eurostatu, podają, że wraz z wydłużaniem się życia rośnie ryzyko zachorowania na choroby typowe dla wieku podeszłego, w tym zaburzenia neuropoznawcze. Autorki wprowadzają rozróżnienie między zaburzeniami neuropoznawczymi związanymi z procesem chorobowym a zaburzeniami mającymi związek z wiekiem i fizjologicznym starzeniem się. Następnie systematyzują i definiują zaburzenia poznawcze, począwszy od związanych z wiekiem (*aged-associated memory impairment* – AAMI) oraz subiektywnym poczuciem pogorszenia pamięci (*subjective memory impairment* – SMI) przez łagodne zaburzenia poznawcze (*mild cognitive impairment* – MCI) do zaburzeń neuropoznawczych w chorobach neurodegeneracyjnych. W dalszej części pracy zwracają uwagę na współwystępowanie i różnicowanie zaburzeń poznawczych z zaburzeniami nastroju. Wymieniają zgłaszane skargi i charakterystyczne błędy popełniane przez pacjentów z powyższymi jednostkami chorobowymi. W końcowej części pracy autorki omawiają możliwości i wskazania do przesiewowego badania funkcji poznawczych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Omawiają przykłady narzędzi neuropsychologicznych, takich jak *Mini-Mental State Examination* (MMSE), *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), *Addenbrooke's Cognitive Examination* (ACE-III), test rysowania zegara (*Clock Drawing Test* – CDT) oraz Skala Oceny Funkcji Poznawczych dla Lekarza Rodzinnego (*The General Practitioner Assessment of Cognition* – GPCOG) i Mini-Cog. Pracę kończy konkluzja, że – biorąc pod uwagę dotychczasowe dane i prognozy demograficzne – warto zwrócić uwagę na rolę przesiewowej diagnostyki funkcji poznawczych u pacjentów w podeszłym wieku.

Słowa kluczowe: zaburzenia neuropoznawcze, podstawowa opieka zdrowotna.

Abstract

In this paper the authors carry out a demographic analysis of the Polish society and the projected share of elderly people in the general practitioners' patient population. Demographic data from Statistics Poland (GUS) and Eurostat suggest that with the increasing life expectancy, the risk of developing diseases typical for old age, including neurocognitive disorders, increases. The authors distinguish between neurocognitive disorders related to the disease process, age, and physiological aging. Then they systematise and define various manifestations of cognitive impairment, from age-associated memory impairment (AAMI) and a subjective sense of memory impairment (SMI), and mild cognitive impairment (MCI), to neurocognitive disorders in neurodegenerative diseases. Furthermore, the authors discuss the coexistence of cognitive disorders with mood disorders and introduce a distinction between them. They mention the patients' complaints and typical mistakes made by patients who suffer from the discussed conditions. In the final part of the work, the authors discuss the possibilities and indications for screening of cognitive functions within the primary care setting. The discussed neuropsychological tools include the Mini Mental State Examination (MMSE), the Montreal Cognitive Assessment (MoCA), the Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE-III), the Clock Drawing Test (CDT), the General Practitioner Assessment of Cognition (GPCOG), and Mini-Cog. In the conclusions, the authors state that in the light of the existing data and demographic forecasts it is worth emphasising the importance of screening diagnostics of cognitive functions in elderly patients.

Key words: neurocognitive disorders, general practice.

Wstęp

Od dłuższego czasu obserwuje się na świecie wzrost populacji osób starszych. Wraz z wydłużaniem się życia zwiększa się liczba osób będących potencjalnymi pacjentami lekarzy rodzinnych. Ludzka aktywność z wiekiem ulega spowolnieniu i stopniowemu ograniczeniu. W dużej mierze jest to uwarunkowane fizjologicznym procesem starzenia się, któremu niejednokrotnie towarzyszy rosnące ryzyko wystąpienia wielorakich zaburzeń i dysfunkcji zdrowotnych. Osoby w podeszłym wieku wymagają częstszych badań, konsultacji i odpowiedniego podejścia uwzględniającego ich wiek. W końcu 2016 r. liczba ludności w Polsce wynosiła ok. 38,5 mln, w tym ponad 9 mln stanowiły osoby w wieku powyżej 60 lat (23,5%). W stosunku do 2014 r. liczba ta zwiększyła się o niemal pół miliona i prognozy wskazują na ciągłą tendencję wzrostową (GUS 2016). Będzie ona bardzo dynamiczna zwłaszcza w najbliższej dekadzie ze względu na osiąganie wieku powyżej 60 lat przez osoby urodzone po 1955 r. W całym okresie powojennym są to bowiem lata najwyższych wskaźników urodzeń.

W Polsce jest w przybliżeniu 6,3 mln (16,4%) osób powyżej 65. roku życia (GUS 2017a). Ryzyko wystąpienia poważnej, przewlekłej choroby w tej populacji rośnie z roku na rok, w związku z czym osoby te częściej stają się pacjentami lekarza rodzinnego. Ponadto przeciętne dalsze trwanie życia według danych GUS z 2015 r. dla osób po 60. roku życia wynosi 19 lat dla mężczyzn i 24 lata dla kobiet (GUS 2016). Od lat 90. ubiegłego wieku średnia długość życia wydłużyła się o 8 lat (do 74 lat) dla mężczyzn i o 6,5 roku (do 82 lat) dla kobiet.

Efektom zmian demograficznych jest większe zainteresowanie badaczy – socjologów, psychologów, lekarzy – problemami osób starszych oraz wzrost liczby publikacji na ten temat. Niektórzy autorzy proponują podział na: wiek starszy (65–75 lat), wiek podeszły (76–85 lat) i wiek sędziwy (≥ 86 lat) (Koziarska-Rościszewska 2018). W neuropsychologii za granicę wieku podeszłego przyjmuje się najczęściej wiek 65 lat i takie kryterium przyjęto również w niniejszej pracy.

Ważnym zagadnieniem jest korzystanie z opieki lekarza rodzinnego przez polskich seniorów. Według ostatniej edycji Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS), przeprowadzonego w krajach Unii Europejskiej w 2014 r., 90% Polaków w wieku podeszłym było na wizycie u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) co najmniej raz w ciągu ostatnich 12 mie-

sięcy, a ponad 70% leczyło się również u lekarzy specjalistów (GUS 2016). Jak wynika z danych przedstawionych w raporcie EHIS, najczęściej zgłaszane choroby w tej grupie wiekowej to: nadciśnienie tętnicze (ponad 50% populacji), bóle dolnej partii pleców (ponad 40% populacji), choroba zwyrodnieniowa stawów (blisko 40% populacji), bóle szyi lub środkowej części pleców (po 29%), choroba wieńcowa (25%), cukrzyca (18%), nietrzymanie moczu, choroby tarczycy i migrena (po ok. 12%). Należy podkreślić, że większość z nich stanowi czynnik ryzyka wystąpienia zaburzeń poznawczych lub w ich przebiegu obserwowane są takie zaburzenia.

Warto także zwrócić uwagę na osoby, których dotyczy niepełnosprawność biologiczna. Według danych Eurostatu w Polsce pod koniec 2014 r. prawie co druga osoba powyżej 60. roku życia została zaliczona do populacji osób niepełnosprawnych biologicznie, czyli takich, które z powodu problemów zdrowotnych mają ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują. Prawie 2/3 tej grupy stanowią osoby z niezbyt poważnymi ograniczeniami w wykonywaniu czynności, a pozostała 1/3 ma ograniczenia poważne. Częstość występowania niepełnosprawności biologicznej rośnie znacząco po 70. roku życia. Według kryteriów unijnych więcej niż co trzeci 60-latek, ponad połowa 70-latków oraz ponad 3/4 przedstawicieli najstarszej populacji zalicza się do osób niepełnosprawnych (GUS 2018). Pacjenci ci coraz częściej będą się skarżyć na zaburzenia pamięci, koncentracji, pogorszenie funkcjonowania poznawczego. Zaburzenia te są o tyle istotne, że poza zmniejszeniem komfortu chorego mogą znacząco wpływać na inne współwystępujące jednostki chorobowe czy choćby na stosowanie się do zaleceń lekarskich.

Definicja zaburzeń neuropoznawczych

Wyniki licznych badań pokazują, że za pogorszenie funkcji poznawczych, a w szczególności tzw. funkcji wykonawczych, odpowiedzialny jest proces zanikowy w płatach czołowych (Jodzio 2008). Typowymi objawami dysfunkcji wykonawczych są m.in.: dezorganizacja zachowania, zaburzenia selektywności uwagi, obniżenie wydolności pamięci operacyjnej i procesu uczenia się, słabsza kontrola hamowania, upośledzenie planowania, monitorowania i zaprzestania aktywności (Jodzio 2008; Cummings i Mega 2003). U osób starszych początkowo zauważalny jest spadek tempa pracy, mylony często ze zmęczeniem lub zaburzeniami wzroku i słuchu.

Ponadto osoba, która kilkakrotnie rozwiązuje to samo zadanie, może uzyskiwać różne wyniki (Jodzio 2008). Zjawisko to wiąże się z wahaniami koncentracji uwagi, można więc przypisywać je osłabieniu funkcjonowania kory przedczołowej.

Starzenie się społeczeństwa, powszechność chorób cywilizacyjnych i neurodegeneracyjnych oraz związanych z nimi zaburzeń neuropoznawczych (*neurocognitive disorders* – NCD) implikuje pytanie, jak odróżnić objawy psychopatologiczne od związanego z wiekiem osłabienia funkcji poznawczych. DSM-V wyróżnia domeny funkcjonowania poznawczego, które mają zasadnicze znaczenie dla zrozumienia tych zaburzeń (DSM-V 2017; Morrison 2016). W zależności od liczby domen, w których nastąpił deficyt, oraz od głębokości deficytu mamy do czynienia z poważnym lub łagodnym zaburzeniem neuropoznawczym (*mild cognitive impairment* – MCI). DSM-V wymienia następujące domeny: uwaga złożona, uczenie się i pamięć, funkcje percepcyjno-motoryczne, funkcje wykonawcze, język i poznanie społeczne. Przyjmuje się, że u każdego pacjenta z NCD upośledzone będą co najmniej dwie domeny. Rodzaj domeny, nasilenie deficytów, ich charakter i przebieg będą zależały od czynników etiologicznych.

Do najczęstszych przyczyn NCD zalicza się choroby pierwotne neurodegeneracyjne, takie jak choroba Alzheimera, choroba z ciałami Lewy'ego, choroba Parkinsona, choroba Huntingtona czy zwyrodnienie czołowo-skroniowe. Zaburzenia poznawcze towarzyszą również chorobom naczyniowym, prionowym i zapalnym. Mogą być wywołane zakażeniem wirusem HIV lub używaniem alkoholu albo substancji psychoaktywnych (Morrison 2016; Cummings i Mega 2003; Ahmed 2016). Rodzaj doświadczanych trudności jest zazwyczaj istotną wskazówką braną pod uwagę podczas stawiania diagnozy. W zależności od badań (Morrison 2016; Kiejna i wsp. 2011) rozpowszechnienie NCD szacuje się na ok. 2% w grupie 65-latków, 5–10% w grupie 75-latków oraz 15–30% w grupie powyżej 80. roku życia.

Prognozy uzyskane metodą Delphi (Ferri i wsp. 2005) przewidują, że na świecie w 2020 r. 24 miliony osób będzie miało zaburzenia otępienne, a liczba ta będzie się podwajać co 20 lat. Jednocześnie za Kiejną i wsp. (2011) należy podkreślić, że liczba osób z otępieniem wzrasta 3 do 4 razy szybciej w krajach rozwijających się niż w krajach rozwiniętych.

Wyniki polskich badań są zbieżne z wynikami badań europejskich, prowadzonych w podobnej strefie geograficznej i urbanizacyjnej (Bidzan i wsp. 2007; Opala 2011). W badaniach wla-

nych obejmujących gminy regionu gdańskiego Bidzan i wsp. (2007) stwierdzili występowanie otępienia u 6,7% populacji powyżej 65. roku życia. Podobne wyniki uzyskali Gabryelewicz (1999) – 5,7% otępienia w populacji gminy Mokotów – i Rossa (1997) – 4,75% wśród mieszkańców mniejszych miast. Autorzy tłumaczą różnice wiekiem, płcią i wykształceniem badanych. U 10,4% badanych Bidzan i wsp. (2007) rozpoznali łagodne zaburzenia poznawcze (MCI), które stanowią istotny czynnik ryzyka rozwoju otępienia.

Łagodne zaburzenia poznawcze

Definicja MCI jest trudna, bo zespół ten jest klinicznie niejednorodny (Kot-Bryćko i wsp. 2017). Różnica dotyczy głównie dominacji zaburzeń pamięci (amnestyczne MCI – aMCI) lub innych objawów psychopatologicznych (nieamnestyczne MCI – naMCI). Większość badaczy i klinicystów (Kot-Bryćko i wsp. 2017; Wojtyńska 2012) w rozpoznaniu MCI korzysta z tzw. kryteriów Petersena, znanych również jako kryteria z Mayo Clinic (www.mayoclinic.org). Zalicza się do nich subiektywne pogorszenie pamięci i innych funkcji poznawczych spostrzegane przez pacjenta, niższe o 1,5 odchylenia standardowego od oczekiwanych zgodnych z wiekiem, wyniki testów pamięci, jednak niespełniające kryteriów zaburzeń neuropoznawczych, przy zachowanym ogólnym poziomie inteligencji. Nie obserwuje się zmian w codziennym funkcjonowaniu. Łagodne zaburzenia poznawcze rozpoznajemy po wykluczeniu zaburzeń neuropoznawczych, toksycznego wpływu substancji i zaburzeń poznawczych w przebiegu chorób i zaburzeń psychicznych. Zdaniem Kennedy'ego (2010) włączenie MCI do DSM odzwierciedla przekonanie, że łagodne zaburzenia poznawcze także wymagają diagnostyki i uwagi, gdyż mogą być wczesną manifestacją otępienia.

Przegląd zaburzeń poznawczych

O ile kryteria zaburzeń neuropoznawczych i MCI są powszechnie znane i jasne, o tyle wiele wątpliwości budzą inne, niespełniające kryteriów MCI, ale występujące w praktyce klinicznej i literaturze fachowej zaburzenia poznawcze. Można tu wymienić zaburzenia poznawcze związane z wiekiem (*aged-associated memory impairment* – AAMI), pogorszenie procesów poznawczych związane ze starzeniem się (*ageing-associated cognitive decline* – AACD) oraz subiektywne poczucie pogorszenia pamięci (*subjective sense of*

memory impairment – SMI) (Parnowski 2011; Wojtyńska 2012).

Termin AAMI odnosi się do zdrowych osób po 50. roku życia, które pomimo ogólnego dobrego funkcjonowania poznawczego zgłaszają dyskretne zaburzenia pamięci (Parnowski 2011), a badanie neuropsychologiczne nie pozwala na rozpoznanie u nich MCI. Ze względu na niską czułość kryteriów AAMI wprowadzono pojęcie „pogorszenie procesów poznawczych związane ze starzeniem się”, które z kolei nie uwzględnia wieku powstania zaburzenia, zakłada jednak minimalny okres trwania objawów (6 miesięcy). W kryteriach AACD zwrócono uwagę na konieczność potwierdzonego wywiadu obiektywnego. Najwięcej trudności w definiowaniu stwarza SMI. Szacuje się, że w populacji powyżej 65. roku życia rozpowszechnienie SMI sięga 25–56% (Parnowski 2011). Osoby nigdy dotąd niediagnozowane w kierunku zaburzeń neuropoznawczych, ale zgłaszające subiektywne poczucie utraty pamięci, stanowią znaczną część populacji pacjentów lekarza rodzinnego. W kontekście POZ rozpoznanie SMI i ryzyko konwersji do otępienia wydaje się szczególnie ważne. Ahmed (2016) i wsp. wymieniają objawy i skargi pacjentów, które powinny zwrócić uwagę lekarza pierwszego kontaktu, nazywając je tzw. czerwonymi flagami. Są to: niezdolność do przywołania w pamięci niedawnych zdarzeń, brak wglądu w objawy chorobowe, brak wglądu w popełnianie błędów i związane z tym trudności w miejscu pracy lub wręcz utrata pracy, poczucie dezorientacji w znanym środowisku, zapominanie imion bliskich osób i nazw przedmiotów codziennego użytku, trudności z dobieraniem słów, również podczas zbierania wywiadu. Wśród pacjentów w podeszłym wieku, którzy przyszli do lekarza z opiekunem, zauważalny jest też objaw „zwrócenia głowy” w stronę opiekuna w poszukiwaniu odpowiedzi na zadane pytania (Ahmed 2016). Nie jest to czuły wskaźnik, ale może być traktowany jako wskazówka przydatna w rozpoznawaniu deficytów. Jeśli podczas zbierania wywiadu i obserwacji pacjenta pojawi się hipoteza o istnieniu zaburzeń poznawczych, należy przejść do badania przesiewowego.

Pacjenci z zaburzeniami poznawczymi w podstawowej opiece zdrowotnej

Rozpowszechnienie zaburzeń poznawczych w populacji osób powyżej 65. roku życia oraz wielość kryteriów zaburzeń pamięci nasuwa pytanie o zasadność przesiewowych badań neuropsychologicznych w ramach POZ. Dotychczasowo-

we badania (O'Connor i wsp. 1988; Górna 2004) pokazują, że lekarze rodzinni pomijają rozpoznanie zaburzeń poznawczych u swoich pacjentów. Na podstawie ankiet przeprowadzonych wśród lekarzy pierwszego kontaktu w Cambridge w 1988 r. stwierdzono, że lekarze lepiej rozpoznawali demencję u pacjentów, których w ciągu ostatniego roku widywali częściej, aczkolwiek trafność rozpoznania wynosiła zaledwie 58%. (O'Connor 1988). Najtrafniej rozpoznawano głęboką demencję, a zdecydowanie najslabiej MCI. Ze względu na znaczne ryzyko konwersji do poważnych zaburzeń neuropoznawczych to właśnie pacjenci z MCI powinni być otoczeni szczególną opieką lekarza POZ.

Istotne wyzwanie dla lekarza POZ stanowią pacjenci z zaburzeniami poznawczymi i zaburzeniami nastroju. W ramach POZ często niemożliwe jest rozstrzygnięcie, czy chodzi o depresję z zaburzeniami funkcji poznawczych czy o początkowe stadium otępienia z towarzyszącymi zaburzeniami nastroju. Depresja jest czynnikiem ryzyka choroby Alzheimera i naczyńniowych zaburzeń neuropoznawczych (Parnowski i wsp. 2018). Jednocześnie współwystępowanie zaburzeń nastroju pogarsza funkcjonowanie pacjenta i wzmacnia jego niepełnosprawność.

Oddzielną grupę stanowią pacjenci niezdiagnozowani, u których należy przeprowadzić diagnostykę różnicową między zaburzeniami nastroju a zaburzeniami poznawczymi. Jeżeli zaburzenia neuropoznawcze współwystępują z zaburzeniami nastroju, chorzy wymagają szczególnej diagnostyki oraz leczenia neurologicznego i psychiatrycznego. Warto jednak pamiętać o kilku istotnych różnicach w manifestowaniu się objawów. Przede wszystkim pacjenci z depresją będą spontanicznie zgłaszać problemy z pamięcią i koncentracją, a pacjenci z zaburzeniami neuropoznawczymi mogą pozostawać bezkrytyczni wobec objawów. Pacjenci z depresją skarżą się na poczucie pustki, spowolnienie toku myślenia, osłabienie funkcji intelektualnych (Bilikiewicz i Matkowska-Białko 2004). Dla depresji charakterystyczne są dobowe wahania samopoczucia, w tym również funkcjonowania poznawczego. Funkcje językowe, zasób słownictwa i poziom wiedzy ogólnej są zazwyczaj zachowane, chorzy mogą mieć jedynie trudności w aktualizacji materiału. W zaburzeniach neuropoznawczych obniżeniu stopniowo ulegają natomiast wszystkie funkcje, w zależności od typu i stopnia zaburzenia. W praktyce klinicznej najczęściej obserwuje się zaburzenia pamięci, uwagi i uczenia się utrzymujące się na tym samym poziomie lub postępujące. U pacjentów z depresją zaburzenia

poznawcze mają charakter odwracalny i ustępują po leczeniu.

Do diagnozy funkcjonowania emocjonalno-popędowego (w tym nastroju i napędu) oraz funkcjonowania poznawczego konieczne jest przeprowadzenie pełnego badania psychologicznego. Celem badania neuropsychologicznego jest ocena funkcji poznawczych, takich jak: uwaga, pamięć, funkcje wzrokowo-przestrzenne, funkcje językowe, myślenie i rozwiązywanie problemów (Kotapka-Minc 2007). Na podstawie wyników powyższego badania można również ocenić głębokość zaburzenia, przeprowadzić diagnostykę różnicową i ustalić rokowanie.

Przesiewowa diagnostyka neuropsychologiczna

Zdaniem neurologów i neuropsychologów specjalistyczną diagnostykę należy przeprowadzać na końcu procesu diagnostycznego (Barczak 2017). Po ogólnym zbadaniu pacjenta i wykluczeniu innych możliwych przyczyn zaburzeń poznawczych, takich jak choroby somatyczne, skutki nadużywania alkoholu i substancji psychoaktywnych, zatrucia, zaburzenia świadomości i zaburzenia psychiczne, takie jak depresja, można przejść do podstawowego badania przesiewowego. Ze względu na specyfikę pracy lekarza POZ wybór metody może się ograniczać do jednego badania, którego przeprowadzenie trwa 10–15 minut. Wśród metod przesiewowej diagnostyki neuropoznawczej należy wymienić podstawowe, powszechnie znane i stosowane narzędzia: *Mini-Mental State Examination* (MMSE), *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), *Addenbrooke's Cognitive Examination* (ACE-III), test rysowania zegara (*Clock Drawing Test* – CDT). Bierze się w nich pod uwagę wynik punktowy; zarówno wyniki niskie, jak i wysokie należy zweryfikować, opierając się na obiektywnym wywiadzie uzyskanym od najbliższej osoby (najczęściej jest to współmałżonek albo mieszkające z seniorami dzieci lub wnuki). Należy również wziąć pod uwagę szacunkowy przedchorobowy poziom funkcjonowania poznawczego. Szczególnie uważnie należy badać osoby z tzw. wysoką rezerwą poznawczą (wykształcone, władające kilkoma językami obcymi, pracujące naukowo etc.). Taki test jak MMSE może być dla nich zbyt prosty, a tym samym nie oddawać w pełni deficytów (Barczak 2017). W takiej sytuacji przydatna może być rozmowa z bliską osobą, najlepiej mieszkającą wspólnie z pacjentem – taki wywiad pozwoli na jakościową ocenę rzeczywistego pogorszenia funkcji poznawczych wraz z wiekiem. Natomiast niski wynik zawsze powinien być sugestią do

skierowania pacjenta na konsultację i szczegółowe badanie neuropsychologiczne.

Mniej powszechnymi w Polsce narzędziami służącymi lekarzom rodzinnym są Skala Oceny Funkcji Poznawczych dla Lekarza Rodzinnego (*The General Practitioner Assessment of Cognition* – GPCOG) i krótsza wersja Mini-Cog (Sitek 2016). Mini-Cog jest jedną z najkrótszych skal do oceny funkcji poznawczych – składa się jedynie z rysowania zegara oraz próby uczenia trzech słów. Jej zaletą jest czas wykonywania badania i mniejsza niż w MMSE zależność wyniku od poziomu wykształcenia i zdolności językowych pacjenta.

Z kolei GPCOG została stworzona specjalnie dla lekarzy POZ. Badanie składa się z dwóch etapów: zadań dla pacjenta oraz pytań kierowanych do opiekuna lub bliskiej osoby. Pacjent zgłaszający się do POZ wskazuje osobę, której można udzielać informacji na temat jego stanu zdrowia, najczęściej jest to współmałżonek lub pełnoletnie dziecko. Osoba ta – uprzednio upoważniona przez pacjenta do udzielania informacji – może stanowić źródło wiarygodnych danych o jego codziennym funkcjonowaniu. Ocenie podlega orientacja w czasie, pamięć (zarówno bezpośrednia, jak i epizodyczna oraz zdolność uczenia się) oraz funkcje wzrokowo-przestrzenne. W drugiej części lekarz przeprowadza krótki wywiad z bliską osobą lub opiekunem, pytając o codzienne funkcjonowanie chorego. Rozmowa trwa ok. 5 minut i może być prowadzona telefonicznie. Jeżeli badany uzyskał maksymalną liczbę punktów w pierwszej części, a więc nie ma podejrzenia demencji, wywiad nie musi być przeprowadzany. Metoda pozwala zaoszczędzić czas, dając równocześnie dostęp do wiarygodnych informacji.

Podsumowanie

Rezultatem zmian demograficznych jest tzw. zjawisko siwienia społeczeństwa (Jodzio 2008), a osoby powyżej 65. roku życia stanowią znaczną część pacjentów lekarza rodzinnego. Biorąc pod uwagę dotychczasowe dane i prognozy demograficzne, warto zwrócić uwagę na rolę przesiewowej diagnostyki funkcji poznawczych. Ze względu na fakt, że kontakt z pacjentem nierzadko bywa utrudniony, w ocenie klinicznej należy brać pod uwagę dane z wywiadu od opiekunów. Pomocne mogą być ustrukturalizowane wywiady lub skale z pytaniami, np. GPCOG. Kolejnym wyzwaniem jest różnicowanie demencji i depresji wieku podeszłego. W zależności od wyniku badania przesiewowego wizyta

w POZ może skutkować decyzją o skierowaniu pacjenta na szczegółową diagnostykę neuropsychologiczną, neurologiczną, laboratoryjną i psychiatryczną.

Piśmiennictwo

- Ahmed S, Baker I, Butler C. Diagnosing young onset dementia can be challenging. *The Practitioner* 2016; 260: 11-17.
- Barczak A. Jak rozpoznać otępienie? Wskazówki neuropsychologa. *Med Dypl* 2017; 2.
- Bidzan L, Turczynski J, Szabert K. Prevalence of dementia in a rural population. *Psychiatr Pol* 2007; 2: 181-188.
- Bilikiewicz A, Matkowska-Białko D. Zaburzenia funkcji poznawczych a depresja. *Udar Mózgu* 2004; 6: 27-37.
- Cummings J, Mega M. *Neuropsychiatry*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2003.
- Ferri CP, Prince M, Brayne C. Alzheimer's Disease International. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet* 2005; 366: 2112-2117.
- Gabryelewicz T. The prevalence of dementia in the population of the Warsaw district of Mokotow from 65 to 84 years of age. *Psychiatr Pol* 1999; 3: 353-66.
- Górna R, Rymaszewska J, Kiejna A. Zespoły otępienne w populacji pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej. *Adv Clin Exp Med* 2004; 13: 447-455.
- GUS. Baza demograficzna, Ludność w 2016 (stan w dniu 31 XII), Polska. <http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/CustomSelectData.aspx?s=lud&y=2016&t=00,17.12.2017>.
- GUS. Ludność w wieku 60 lat i więcej. https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5468/24/1/1/ludnosc_w_wieku_60_struktura_demograficzna_i_zdrowie.pdf, 19.02.2016.
- GUS. Trwanie życia – tablice wynikowe. <http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/TrwanieZycia.aspx>, 17.12.2017.
- GUS. Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014 r. https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5468/24/1/1/ludnosc_w_wieku_60_struktura_demograficzna_i_zdrowie.pdf, 15.09.2018.
- Jodzio K. Neuropsychologiczne badania funkcji wykonawczych u schyłku życia. *Psychol Rozw* 2008; 13: 13-24.
- Kennedy GJ. Proponowana rewizja kategorii diagnostycznych otępienia według DSM-V. W: *Psychiatr Dypl* 2010; 7: 47-49.
- Kiejna A, Frydecka D, Biecek P. Epidemiologia zaburzeń otępiennych w Polsce – przegląd badań. *Post Nauk Med* 2011; 8: 676-681.
- Kot-Bryćko K, Pietraszkiewicz F, Piotrowska U. Aktywność fizyczna a łagodne zaburzenia poznawcze. *Med Og Nauk Zdr* 2017; 23: 129-133.
- Kotapka-Minc S. Znaczenie badania neuropsychologicznego w diagnostyce otępienia. *Pol Przegl Neurol* 2007; 3: 61-68.
- Koziarska-Rościszewska M. Rola lekarza rodzinnego w opiece geriatrycznej. http://a.umed.pl/geriatria/pdf/Rola_LR_w_opiece_geriatrycznej.pdf, 20.01.2018 r.
- Kryteria diagnostyczne z DSM-V. Edra Urban & Partner, Wrocław 2017.
- Morrison J. DSM-V bez tajemnic. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2016.
- O'Connor DW, Pollitt PA, Hyde J i wsp. Do general practitioners miss dementia in elderly patients? *BMJ* 1988; 297: 1107-1110.
- Opala G. Epidemiologia otępień w perspektywie prognoz demograficznych. W: *Choroby otępienne*. Leszek J (red.). Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2011.
- Parnowski T, Szczudlik A, Sobów T i wsp. (red.). Zaburzenia neuropsychiatryczne w otępieniach. Uaktualnione zasady terapii. Mediadore, Warszawa 2018.
- Parnowski T. Otępienie coraz więcej pytań – coraz więcej odpowiedzi. W: *Choroby otępienne*. Leszek J (red.). Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2011.
- Rossa G. Rozpowszechnienie otępienia typu Alzheimera i otępienia naczyniowego na terenie miasta i gminy Świebodzin. *Psychiatr Pol* 1997; 31: 121-134.
- Sitek E, Senderecka M, Nowicka-Sauer K. Metody przesiewowej oceny funkcji poznawczych w praktyce lekarza rodzinnego. *Gab Pryw* 2016; 23: 49-59.
- Wojtyńska R. Rekomendacje w badaniu neuropsychologicznym: screeningowym i pogłębionym w łagodnych zaburzeniach poznawczych (MCI). *Psychogeriatrics Pol* 2012; 9: 161-172.