

Zaburzenia zachowania

Dr n.med. Małgorzata Fedyk-Łukasik

Opis przypadku

- Pacjent l.73 z zawodu elektronik (wykształcenie - 17 lat nauki)
- pierwsza wizyta w Poradni Geriatrycznej:
 - dotychczas leczony jedynie w POZ
 - zgłosił się pod opieką żony
- ze skierowaniem od lekarza POZ
- z rozpoznaniem: Demencja starcza

Wywiad od żony

- zaburzeń pamięci i orientacji, od 3 miesięcy
- trudności w koncentracji uwagi,
- z zaburzeniami snu,
- z przestawieniem rytmu dobowego.
- wycofany społecznie, unika spotkań towarzyskich

Wywiad od żony

- Okresowo od ok. 2 miesięcy pojawiały się u chorego:
- objawy wytwórcze (omamy wzrokowe, zwłaszcza nocą, urojenia okradania i trucia przez żonę)
- przestawienie rytmu dobowego sen-czuwanie (senny w ciągu dnia, błądzi nocą)

Wywiad od Pacjenta

- „Nic mi nie jest, nic mnie nie boli, może jestem trochę wolniejszy”
- Pacjent negował informacje podane przez żonę
- Na pytanie czy wychodzi sam z domu zaprzeczył, czy jest w stanie zrobić zakupy podał, że żona robi on jest tylko tragarzem

Choroby współwystępujące

- Nadciśnienie tętnicze zażywa: Perindopril i Indapamid

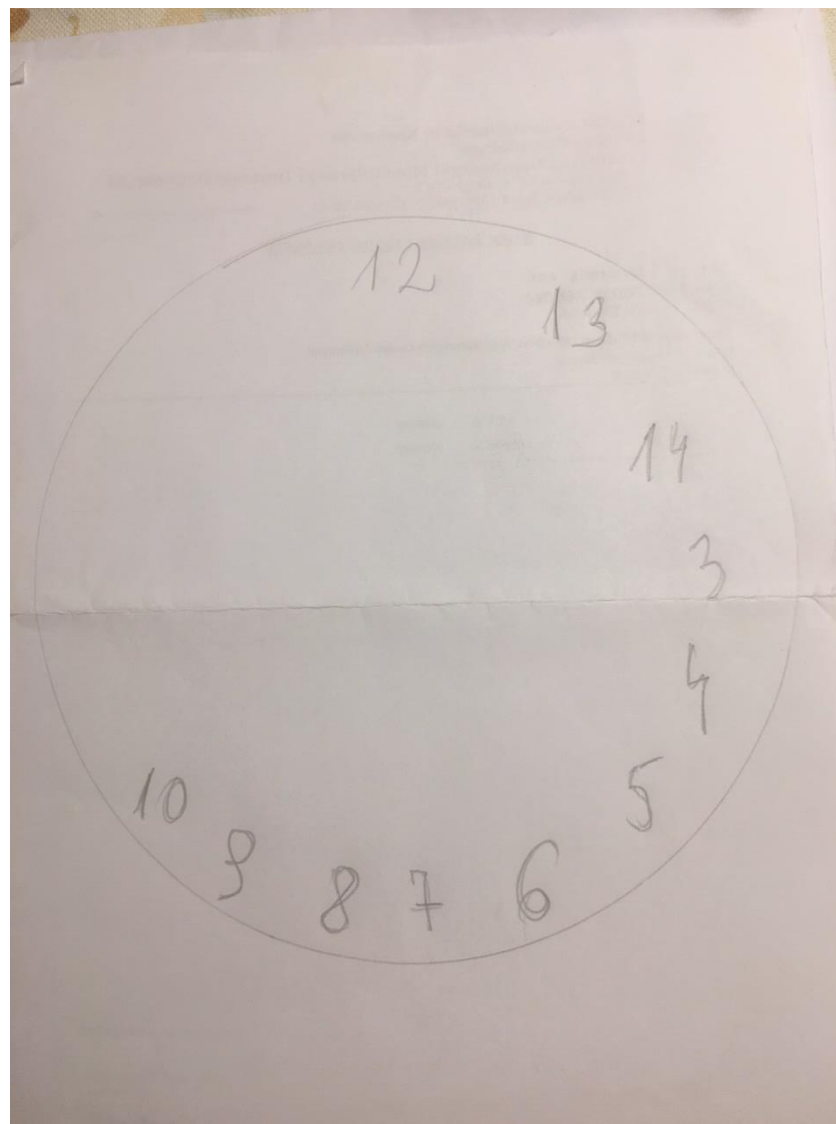
Wywiad cd.

- sen – obecnie zaburzony
- mocz- nycturia
- stolec – oddaje regularnie, prawidłowy,
- apetyt - dobry
- Używki : nie pali i nie palił, alkoholu, kawy nie pije

Wywiad cd.

- Wywiad rodzinny : matka - zmarła w 90 r. ż „ze starości”, nie chorowała przewlekłe, ojciec zmarł w wieku 73 lat z powodu udaru, wcześniej miał zaburzenia pamięci
- Wywiad socjalny : mieszka w domku jednorodzinnym z 70 - letnią żoną, która jest jego opiekunem rzeczywistym (żona leczy się nadciśnienie, jest po zawale mięśnia sercowego, zaburzenia snu od 3 miesięcy, posiada 2 dzieci mieszkających poza Polską

Informacja od lekarza POZ



Testy przesiewowe

Funkcje poznawcze

- MMSE (Mini Mental State Examination), MOCA Montreal Cognitive Assessment
- Skrócony test sprawności umysłowej (np. Hodgkinsona, Pfeiffera, Katzmnana)
- Test zegara

Warunki do przeprowadzenia MMSE

- Dobry wzrok i słuch (aparat słuchowy i okulary)
- Kontakt wzrokowy i werbalny (wolno, krótkie zwięzłe zdania, unikać rozpraszania), nie pośpieszać badanego;
-
- Nie oceniać w trakcie wykonywania, nie sugerować odpowiedzi (bez „zewnętrznych” podpowiedzi);
- Najlepiej badać bez osób towarzyszących

Najczęstsze uwagi pacjenta

- **„Panie Doktorze, co mi Pan zadaje takie głupie pytania?”**

Uprzedzić o formalnym charakterze badania

- **„Panie doktorze, ja nigdy nie byłam dobra z matematyki,,**

Ponowić prośbę o wykonanie działań. Literowanie wspan – KWIAT, ŚWIAT

- **Prawa –Lewa?** Instrukcja dotyczy zawsze niedominującej ręki. Kartkę umieszczamy pośrodku, aby uniknąć sugerowania
- **„Ale jakie zdanie?”** Jakiegokolwiek, może być coś o pogodzie. Nie korygujemy w trakcie
- **„No tego to ja nie narysuję”** Prośba o spróbowanie, zapewnienie o możliwości patrzenia na wzór

COG: zdrowie psychiczne: MMSE

- Orientacja
- Zapamiętywanie
- Liczenie i koncentracja uwagi
- Pamięć świeża
- Funkcje językowe

Maksymalnie – 30 pkt

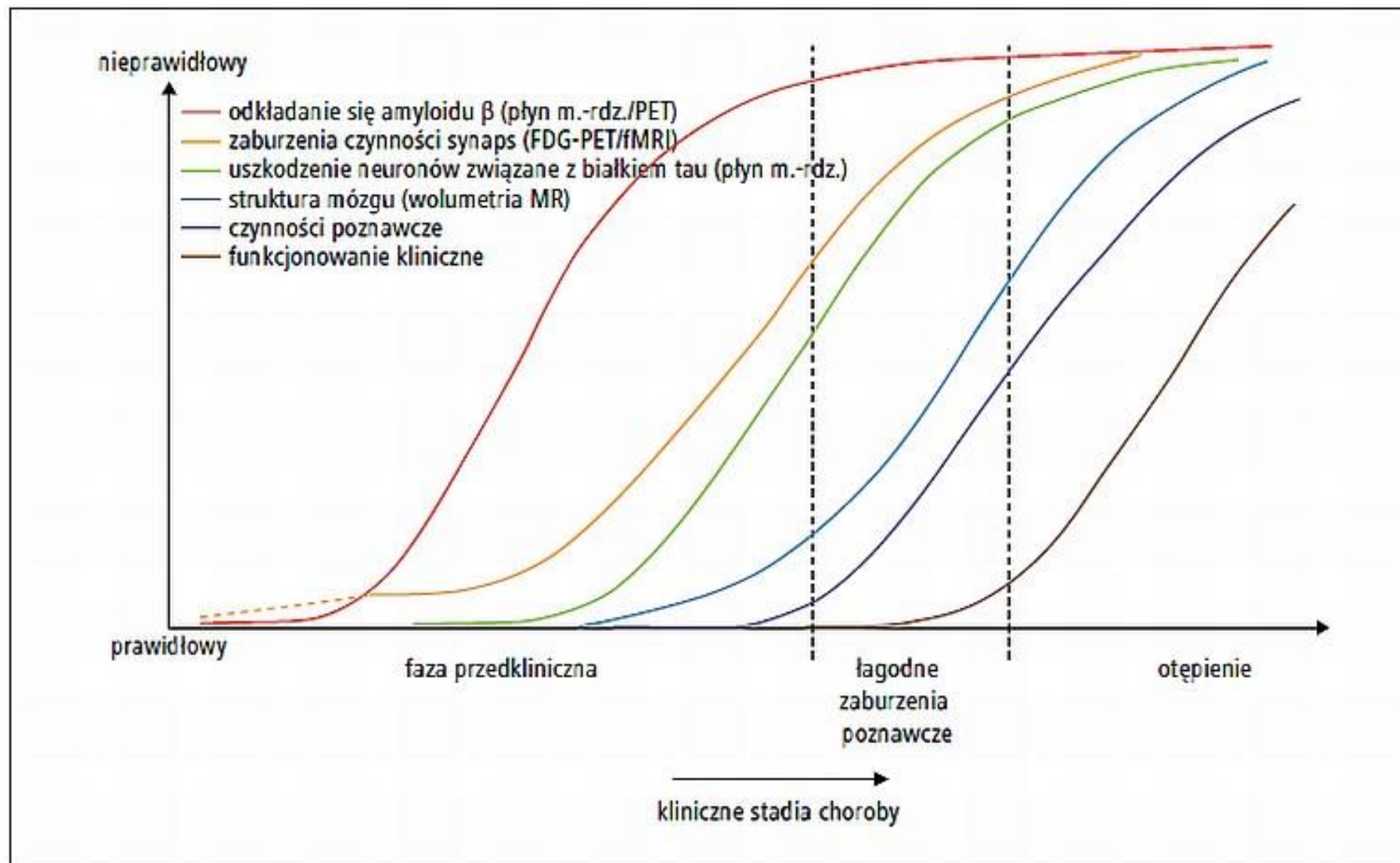
24-30 pkt – w granicach normy

20-23 pkt – łagodne zaburzenia poznawcze

10-19 pkt – umiarkowane zaburzenia poznawcze

0-9 pkt – głębokie zaburzenia poznawcze

Cecha	Pseudootępienie	Otępienie
Początek	Nagły	Skryty
Krytycyzm	Zachowany	Ograniczony
Nastrój	Depresyjny	Labilny
Samooocena	Niska	Brak poczucia winy
Wysiłek w wykonywaniu zadania	Niewielki	Znaczny
Realizacja zadań społecznych	Obniżona	Utrzymana
Pogarszanie się stanu nocą	Nie	Tak
Odpowiedzi	„nie wiem”	Błędne
Zaburzenia pamięci	Krótkoterminowej/ długoterminowej	Głównie krótkoterminowej
Wyniki testów poznawczych	Zmienne	Pogarszające się



Kryteria kliniczne rozpoznania choroby Alzheimera DSM-IV

1. Obecność licznych deficytów poznawczych:
 - A. Zaburzenia pamięci
 - B. Afazja – zaburzenia mowy
 - C. Apraksja – zaburzona zdolność do wykonywania czynności ruchowych
 - D. Agnozja – niezdolność do rozpoznawania przedmiotów mimo braku zaburzeń czucia
 - E. Zaburzenia funkcji wykonawczych – tj. planowania, organizacji, porządkowania
2. Powyższe grupy objawów powodują istotne zaburzenia w funkcjonowaniu społecznym i zawodowym
3. Objawy te nie występują wyłącznie w przebiegu majaczenia
4. Obecność tych objawów nie może być wyjaśniona inną chorobą psychiczną

Różnicowanie otępienia naczyniopochodnego VaD z AD

Objaw	Punkty	
Nagły początek	2	
Skokowe pogarszanie się	1	
Fluktuacyjny przebieg	2	
Nocne zamącenia	1	
Względne zachowanie osobowości	1	
Depresja	1	AD poniżej lub równe 4
Skargi somatyczne	1	
Patologiczny śmiech lub płacz	1	VaD powyżej lub równe 7
Nadciśnienie tętnicze w wywiadzie	1	
Udar w wywiadzie	2	
Objawy miażdżycy	1	
Ogniskowe objawy podmiotowe	2	
Ogniskowe objawy przedmiotowe	2	

TRZ

- **Test rysowania zegara –wersja wg Shulman’a1986**

za: *Shulman K.I., Shedletsky R., Silver I.L., The Challenge of Time: Clock Drawing and Cognitive Function in the Elderly. International Journal of Geriatric Psychiatry. 1986, Vol. 1:135-140*

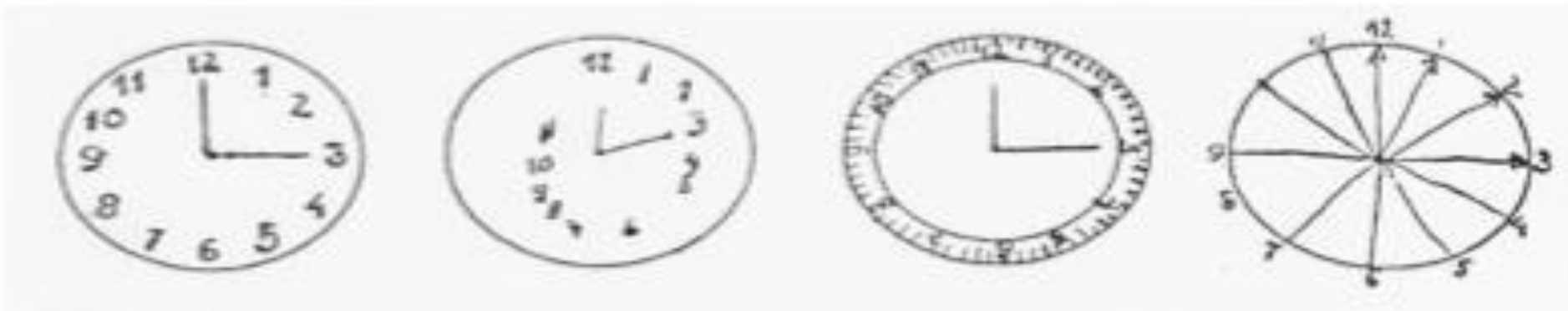
- Badający powinien przygotować: kartkę papieru formatu A4 z narysowanym kołem, ołówek i gumkę.
- **Sposób badania:** wręczamy badanemu kartkę papieru z narysowanym kołem i prosimy, by narysował tarczę zegarową, a następnie zaznaczył na niej godzinę trzecią.
- **Wynik:** obecność błędów charakterystycznych dla poziomu II-V sugeruje podejrzenie zespołu otępiennego. Pociąga to za sobą konieczność przeprowadzenia dalszych szczegółowych badań w celu potwierdzenia bądź wykluczenia tego rozpoznania.

TRZ ocena

POZIOM I:

Błędy wzrokowo-przestrzenne:

- niewielkiego stopnia trudności w rozmieszczaniu godzin;
- oznaczanie godzin na zewnątrz koła;
- wpisywanie niektórych godzin do góry nogami w efekcie obracania kartki w trakcie rysowania; rysowanie linii pomocniczych (tzw. szprych) w celu zachowania orientacji przestrzennej.

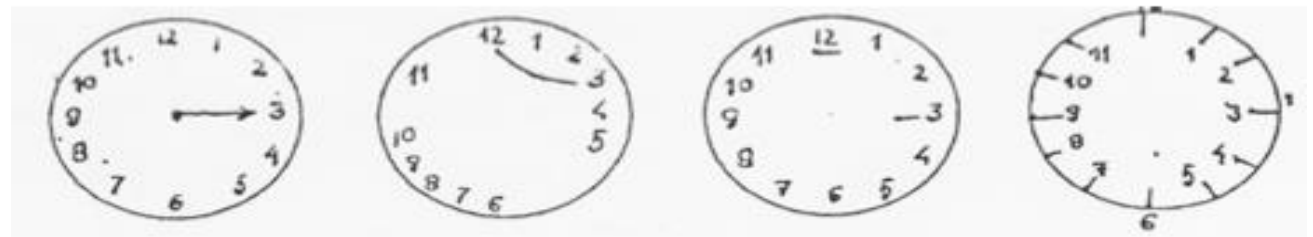


TRZ ocena

POZIOM II:

Błędy w oznaczaniu godziny trzeciej:

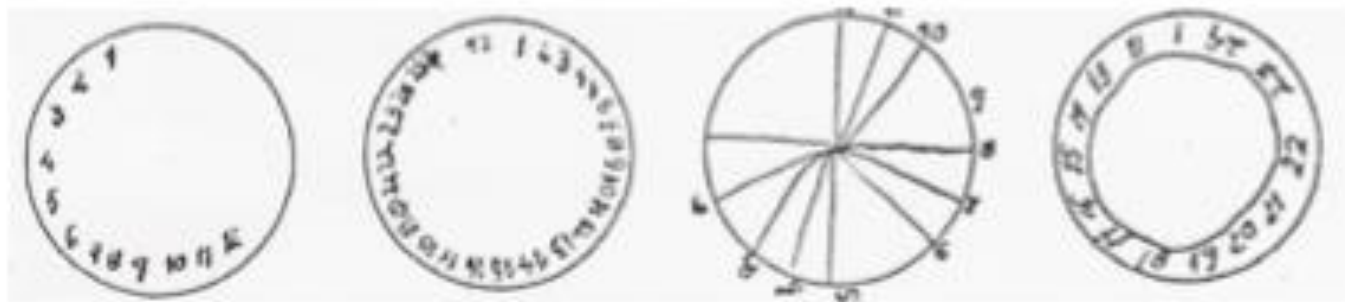
- brak wskazówki minutowej;
- rysowanie pojedynczej linii łączącej 12 z 3;
- napisanie słowami "godzina trzecia";
- ponowne wpisanie cyfry 3;
- podkreślenie lub otoczenie kółkiem cyfry 3;
- brak możliwości wskazania godziny trzeciej.



TRZ ocena

POZIOM III: Błędy wzrokowo-przestrzenne:

- umiarkowanego stopnia trudności w rozmieszczeniu godzin uniemożliwiające dokładne oznaczenie godziny trzeciej;
- opuszczanie cyfr. Występowanie perseweracji:
- ponowne rysowanie koła;
- wpisywanie po 12 kolejnych godzin, np. 13, 14, 15 itd.
- Odwrócenie stron prawa lewa w taki sposób, że cyfry są wpisywane odwrotnie do ruchu wskazówek zegara
- Dysgrafia-niezdolność do poprawnego napisania cyfr.



Opis przypadku

Pani Alicja l.82 dotychczas funkcjonująca samodzielnie, leczy się na nadciśnienie tętnicze od 20 lat i cukrzycę t.2 od 5 lat została przyprowadzona do lekarza przez córkę (l.55) z powodu nowych objawów od trzech tygodni:

- Nie chce jeść twierdzi, że nie ma apetytu, uskarża się na bóle brzucha
- Sama nie wychodzi z domu, nie chce się z nikim spotykać
- Jest drażliwa, płaczliwa
- Nie śpi w nocy, w dzień zasypia w fotelu



ZABURZENIA ZACHOWAŃ

- Urojenia
- Halucynacje
- Pobudzenie/agresja (popadanie w złość, powtarzanie pytań, kłótniowość, ciągłe uskarżanie się, chomikowanie, kiwanie się, krzyki, inne nieadekwatne dźwięki, odmowa przyjęcia pomocy/opieki, „ucieczka” z domu); agresja fizyczna i słowna.
- Dysforia, depresja
- Lęk (także podążanie za opiekunem)
- Apatia
- Drażliwość
- Euforia
- Odhamowanie (nieprawidłowe zachowania społeczne lub seksualne)
- Aberracyjne zachowania motoryczne (wędrowanie, grzebanie w śmieciach)
- Nocna aktywność
- Zaburzenia apetytu / jedzenia

Zaburzenia zachowania w chorobach somatycznych

- Choroby układu krążenia
- Choroby onkologiczne
- Choroby układowe
- Zaburzenia metaboliczne i endokrynologiczne
- Inne schorzenia
- Leki i substancje toksyczne
- Choroba niedokrwienności serca, niewydolność serca, zaburzenia rytmu serca, nadciśnienie tętnicze
- Guzy mózgu, zespoły paraneoplastyczne
- Toczeń rumieniowaty, twardzina uogólniona, RZS
- Cukrzyca, nadczynność tarczycy, niedoczynność tarczycy, nadczynność przytarczyc, niedoczynność przysadki, zaburzenia elektrolitowe
- Przewlekłe choroby nerek, wątroby, upadki, zespoły bólowe, udary mózgu
- Sterydy, NPLZ, Benzodiazepiny, Metoklopramid, Klonidyna, Interferon, Tamoksyfen, Cisplastyna, Winkrystyna, Alkohol

Rzopowszechnienie depresji w chorobach somatycznych

Schorzenie	Częstość występowania objawów dużej depresji
Choroba Parkinsona	51%
Zespoły bólowe	≥ 50%
Npl złośliwe	20-40%
Choroby tarczycy	20-30%
Cukrzyca	10-27%
Zawał serca	16-28%
Udar mózgu	23-35%
Choroba niedokrwienna serca	17-20%
Choroba Alzheimera	11%
AIDS	12%
Populacja ogólna	5%

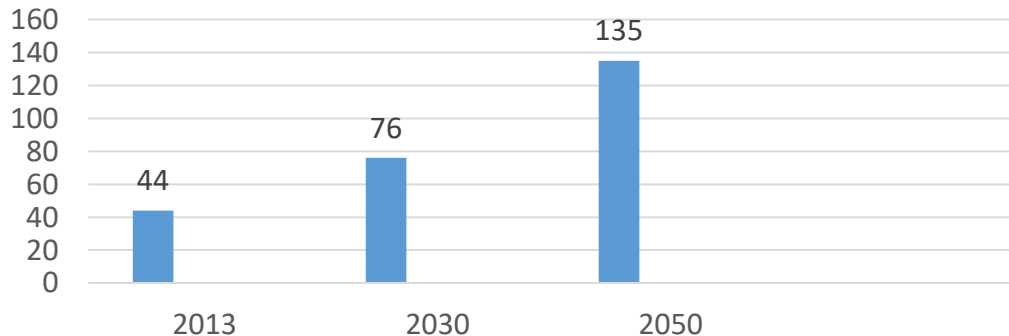
Zaburzenia zachowania

W schorzeniach przebiegających z demencją określa się terminem:

BPSD

Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia

Prognozowana wielkość populacji osób z demencją na świecie



The Cache County Study

Int J Geriatr Psychiatry 2008

Opis przypadku

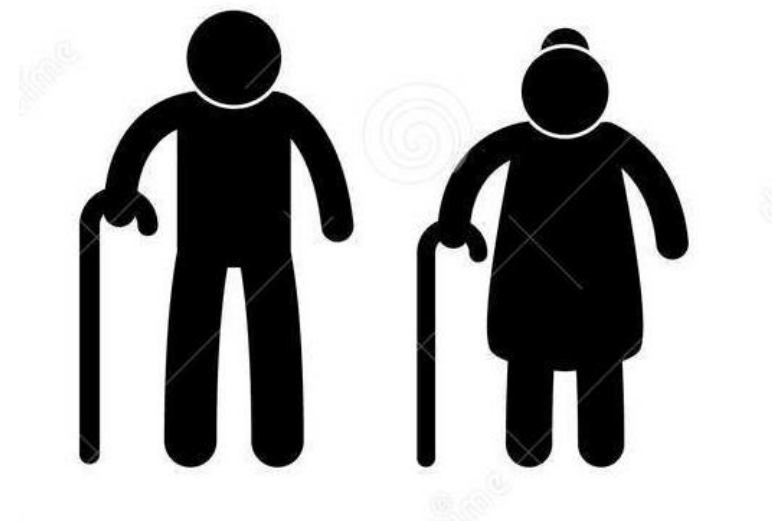
Pani Maria l.78 Cztery lata temu rozpoznano chorobę Alzheimera. Mąż zaobserwował nowe objawy, które są jeszcze bardziej kłopotliwe:

Budzi się w nocy i szuka obcych osób

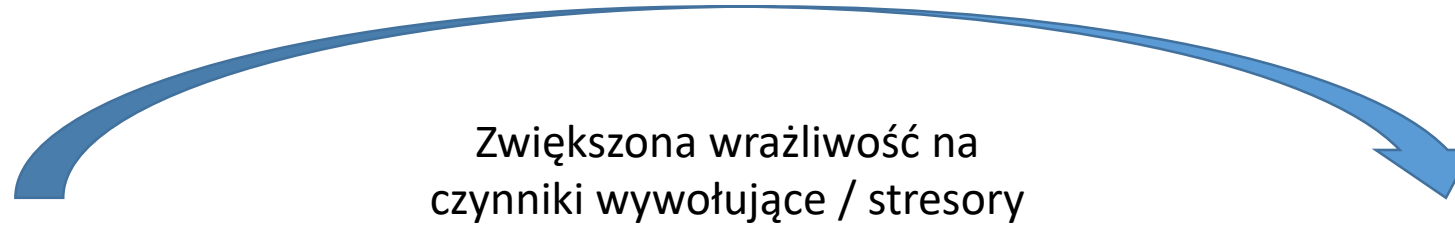
Chodzi bez celu

Agresja słowna, oskarżanie różnych osób o okradanie

Chowanie przedmiotów



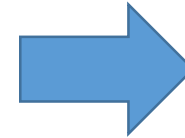
Czynniki wywołujące / wyzwalające zaburzenia zachowania



Zaburzenia zachowania

Związane z pacjentem

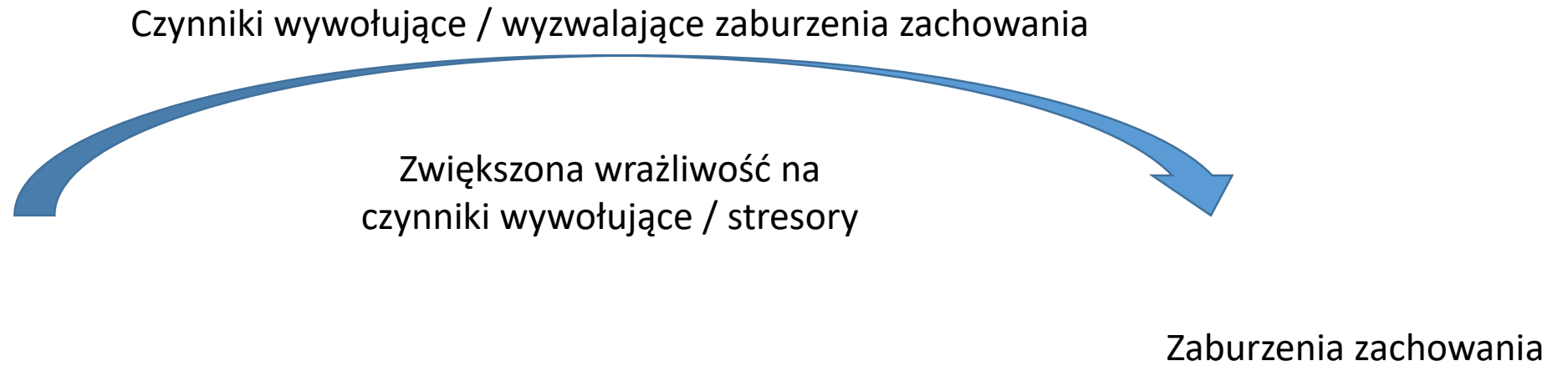
1. Choroby somatyczne: ból, niewydolność krążeniowa i/lub oddechowa, anemia, infekcje przebiegające z zaburzeniami świadomości, gorączka, odwodnienie, zaparcia, zaburzenia wzroku i słuchu, zaburzenia metaboliczne, niepożądane działanie leków, interakcje lekowe.
2. Niezaspokojone potrzeby (np. głód, zła higiena snu, nuda).
3. Podatna osobowość.
4. Psychozy.



W badaniu osób starszych z demencją, mieszkających samodzielnie 36% miało niezdiagnozowane problemy zdrowotne skutkujące zaburzeniami zachowania!

Alzheimer Dis Assoc Disord 2011; 25:109

UWAGA! Osoby z zaburzeniami poznawczymi mogą mieć trudności w wyrażaniu potrzeb, co może skutkować przypisywaniem zaburzeń zachowania bezpośrednio demencji.



Związane z pacjentem

Choroby neurodegeneracyjne:

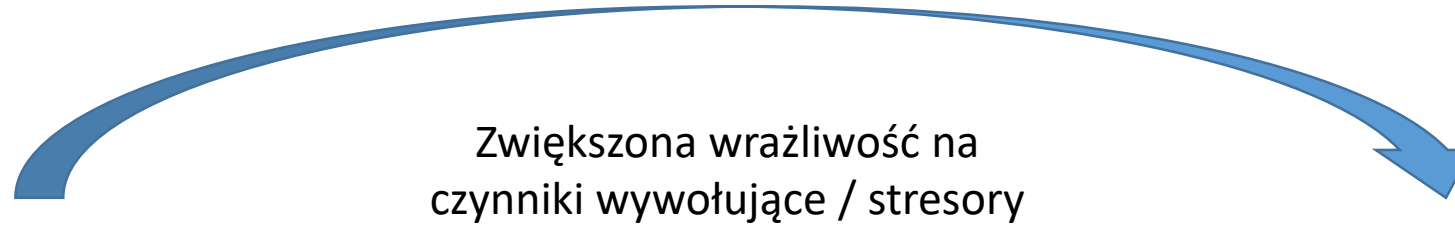
- wpływają na interakcje chorych z innymi osobami;
- wpływają na interakcje chorych ze środowiskiem;
- są związane z zaburzonym „odczytywaniem siebie”

Przerwanie funkcjonalnych obwodów/szlaków nerwowych odpowiedzialnych
za zachowanie



**UWAGA! Zaburzenia poznawcze mogą istotnie utrudniać rozpoznanie schorzeń
somatycznych i skutkować przypisywaniem zaburzeń zachowania demencji.**

Czynniki wywołujące / wyzwalające zaburzenia zachowania



Zaburzenia zachowania

Związane ze środowiskiem

1. Nadmierna stymulacja np. Hałas;
2. Zmiany w bezpośrednim otoczeniu chorego (np. zmiana miejsca pobytu, zmiana opiekuna);
3. Zmiany w rytuałach codziennych;
4. Izolacja.

ZABURZENIA ZACHOWANIA

Syndromy wg Cummings'a

NADAKTYWNOŚĆ

- Pobudzenie lub agresja
- Drażliwość
- Euforia
- Odhamowanie
- Aberracyjne zachowania motoryczne

ZABURZENIA EMOCJONALNE

- Dysforia/obniżenie nastroju
- Lęk
- Zaburzenia apetytu/jedzenia
- Aktywność nocna

APATIA

- Apatia
- Zaburzenia apetytu/jedzenia
- Aberracyjne zachowania motoryczne
- Aktywność nocna

PSYCHOZY

- Urojenia
- Halucynacje
- Lęk

Narzędzia oceny zaburzeń zachowania: Neuropsychiatric Inventory (NPI)

Data:				Godz.:		
Imię i nazwisko pacjenta				Badający:		
OBJAW	TAK	NIE	CZĘSTOŚĆ	NASILENIE	WYNIK	
Urojenia			1 2 3 4	1 2 3		
Halucynacje			1 2 3 4	1 2 3		
Pobudzenie			1 2 3 4	1 2 3		
Depresja/ Dysforia			1 2 3 4	1 2 3		
Lęk			1 2 3 4	1 2 3		
Apatia			1 2 3 4	1 2 3		
Drażliwość			1 2 3 4	1 2 3		
Euforia			1 2 3 4	1 2 3		
Odhamowanie			1 2 3 4	1 2 3		
Aberracyjne zachowania motoryczne			1 2 3 4	1 2 3		
Nocna aktywność			1 2 3 4	1 2 3		
Zaburzenia apetytu/jedzenia			1 2 3 4	1 2 3		

Wynik NPI : _____ / 144

na podst.: Neuropsychiatric Inventory—an Easy to Use Tool to Understand
Dementia Behaviors Kim P. Petersen MD;Spring Green, WI

Narzędzia oceny zaburzeń zachowania: Neuropsychiatric Inventory (NPI)

CZĘSTOŚĆ:

1. Sporadycznie: rzadziej niż 1 raz/tydzień;
2. Dość często: 1 raz/tydzień;
3. Często: kilka razy w tygodniu, ale nie codziennie;
4. Bardzo często: codziennie, kilka razy dziennie.

NASILENIE:

1. Łagodne: zmiany zachowania zauważalne, ale nie istotne;
2. Umiarkowane: zmiany zachowania istotne, nie dramatyczne;
3. Ciężkie: bardzo widoczne, dramatyczne zmiany zachowania.

Narzędzia oceny zaburzeń zachowania: Neuropsychiatric Inventory (NPI)

Data: 2016.09.30					Godz.: 12.00		
Imię i nazwisko pacjenta JAN IKSÍŃSKI					Badający: dr DEMENTOR		
OBJAW	TAK	NIE	CZĘSTOŚĆ	NASILENIE	WYNIK		
Urojenia	X		1 2 3 4	1 2 3			
Halucynacje		X	1 2 3 4	1 2 3			
Pobudzenie	X		1 2 3 4	1 2 3			
Depresja/ Dysforia		X	1 2 3 4	1 2 3			
Lęk			1 2 3 4	1 2 3			
Apatia			1 2 3 4	1 2 3			
Drażliwość			1 2 3 4	1 2 3			
Euforia			1 2 3 4	1 2 3			
Odhamowanie			1 2 3 4	1 2 3			
Aberracyjne zachowania motoryczne			1 2 3 4	1 2 3			
Nocna aktywność			1 2 3 4	1 2 3			
Zaburzenia apetytu/jedzenia			1 2 3 4	1 2 3			

Wynik NPI : _____ / 144

na podst.: Neuropsychiatric Inventory—an Easy to Use Tool to Understand
Dementia Behaviors Kim P. Petersen MD;Spring Green, WI

Narzędzia oceny zaburzeń zachowania: Neuropsychiatric Inventory (NPI)

Data: 2016.09.30				Godz.: 12.00		
Imię i nazwisko pacjenta JAN IKSIŃSKI				Badający: dr DEMENTOR		
OBJAW	TAK	NIE	CZĘSTOŚĆ	NASILENIE	WYNIK	
Urojenia	X		1 2 3 4	1 2 3	2 X 1 = 2	
Halucynacje		X	1 2 3 4	1 2 3		
Pobudzenie	X		1 2 3 4	1 2 3	3 x 2 = 6	
Depresja/ Dysforia		X	1 2 3 4	1 2 3		
Lęk		X	1 2 3 4	1 2 3		
Apatia		X	1 2 3 4	1 2 3		
Drażliwość		X	1 2 3 4	1 2 3		
Euforia		X	1 2 3 4	1 2 3		
Odhamowanie	X		1 2 3 4	1 2 3		
Aberracyjne zachowania motoryczne	X		1 2 3 4	1 2 3		
Nocna aktywność	X		1 2 3 4	1 2 3		
Zaburzenia apetytu/jedzenia	X		1 2 3 4	1 2 3		

Wynik NPI : _____ / 144

na podst.: Neuropsychiatric Inventory—an Easy to Use Tool to Understand
Dementia Behaviors Kim P. Petersen MD;Spring Green, WI

Narzędzia oceny zaburzeń zachowania: Neuropsychiatric Inventory (NPI)

Data: 2016.09.30				Godz.: 12.00	
Imię i nazwisko pacjenta JAN IKSIŃSKI				Badający: dr DEMENTOR	
OBJAW	TAK	NIE	CZĘSTOŚĆ	NASILENIE	WYNIK
Urojenia	X		1 2 3 4	1 2 3	$2 \times 1 = 2$
Halucynacje		X	1 2 3 4	1 2 3	
Pobudzenie	X		1 2 3 4	1 2 3	$3 \times 2 = 6$
Depresja/ Dysforia		X	1 2 3 4	1 2 3	
Lęk		X	1 2 3 4	1 2 3	
Apatia		X	1 2 3 4	1 2 3	
Drażliwość		X	1 2 3 4	1 2 3	
Euforia		X	1 2 3 4	1 2 3	
Odhamowanie	X		1 2 3 4	1 2 3	2
Aberracyjne zachowania motoryczne	X		1 2 3 4	1 2 3	2
Nocna aktywność	X		1 2 3 4	1 2 3	6
Zaburzenia apetytu/jedzenia	X		1 2 3 4	1 2 3	12

Wynik NPI : 30 / 144

na podst.: Neuropsychiatric Inventory—an Easy to Use Tool to Understand
Dementia Behaviors Kim P. Petersen MD;Spring Green, WI

Narzędzia oceny zaburzeń zachowania: Neuropsychiatric Inventory (NPI)

WYNIK LICZBOWY NPI:

< 20 ŁAGODNE ZABURZENIA ZACHOWANIA

20 – 50 UMIARKOWANE ZABURZENIA ZACHOWANIA

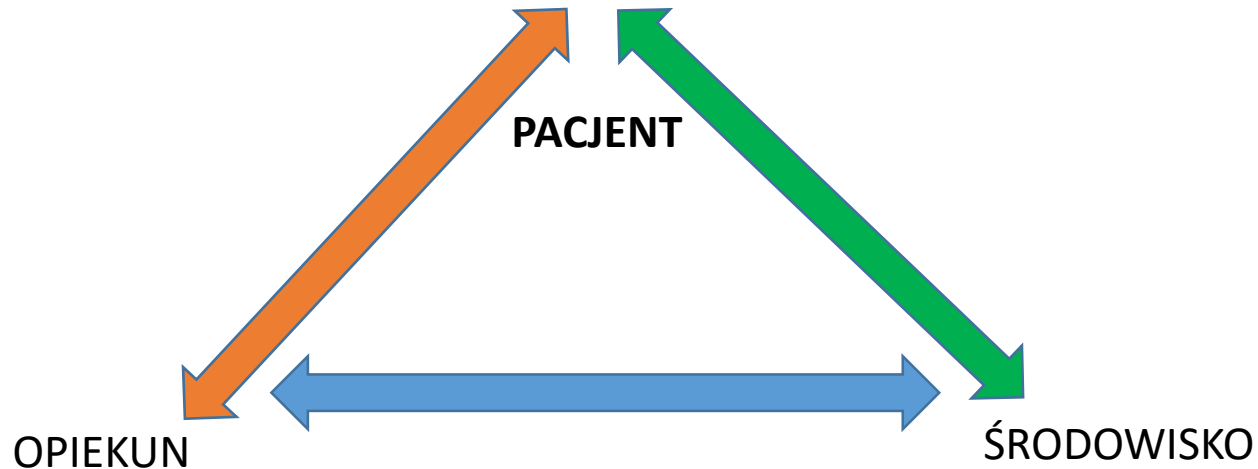
>50 CIĘŻKIE ZABURZENIA ZACHOWANIA

ZASTOSOWANIE:

- Ocena zmian zachowania;
- W wersji rozbudowanej pozwala oceniać wpływ zmian zachowania na opiekunów;
- Monitorowanie skuteczności terapii.

ZABURZENIA ZACHOWANIA - POSTĘPOWANIE TERAPEUTYCZNE

1. Indywidualne podejście: zaburzenia zachowania mają złożone podłoże – wiele zmiennych klinicznych w trzech obszarach (pacjent, opiekun, otoczenie);



2. Postępowanie nefarmakologiczne priorytetem;
3. Całościowe podejście do pacjenta paradygmatem postępowania;
4. Brak danych klinicznych o skuteczności profilaktyki zaburzeń zachowania.

ZABURZENIA ZACHOWANIA -

POSTĘPOWANIE NIEFARMAKOLOGICZNE NAKIEROWANE NA PACJENTA

Metody terapeutyczne:

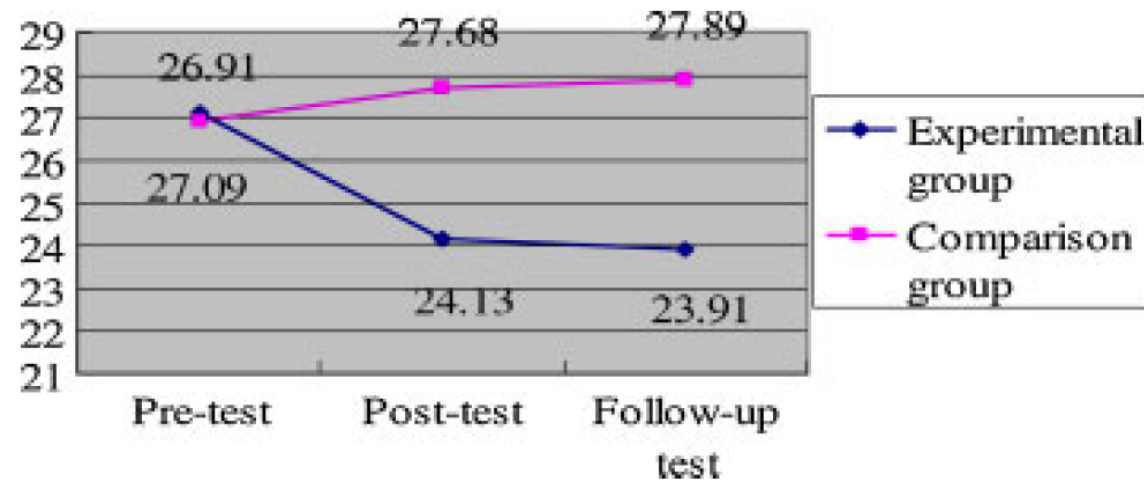
- Terapia reminiscencyjna: przywoływanie pozytywnych doświadczeń, wspomnień (wspólne oglądanie zdjęć, pamiątek, znanych przedmiotów, itp.)
- Terapia walidacyjna: poprawa samopoczucia pacjenta poprzez potwierdzanie jego spostrzeżeń, co daje mu poczucie zrozumienia;
- Terapia symulowanej obecności: np. otaczanie pacjenta znanymi głosami bliskich z odtwarzacza audio;

ZABURZENIA ZACHOWANIA - POSTĘPOWANIE NIEFARMAKOLOGICZNE NAKIEROWANE NA PACJENTA

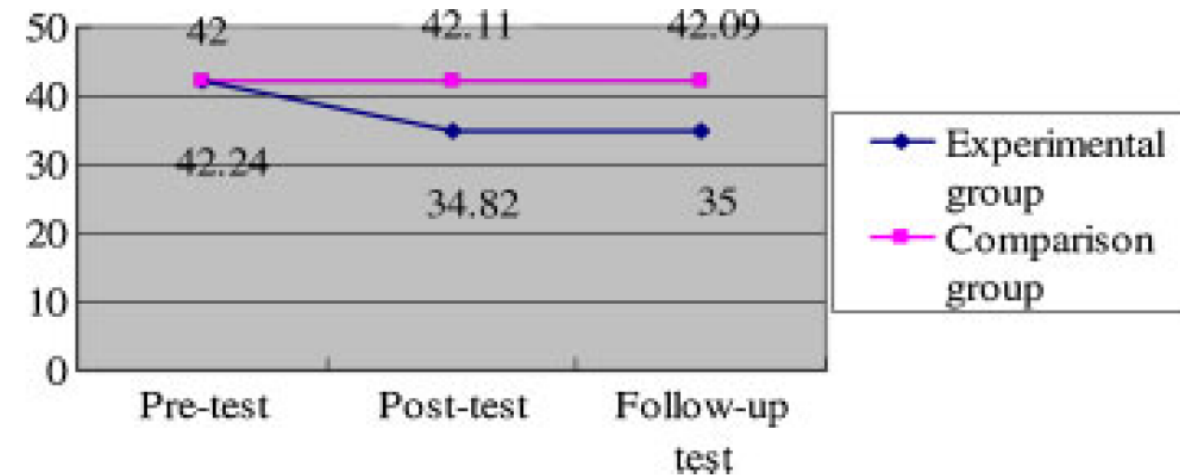
- Terapia kognitywna: ma na celu poprawę pamięci i orientacji w rzeczywistości, np. częste informowanie o miejscu i aktualnym czasie, prowadzenie pamiętnika, terminarza, aktywne oglądanie programów informacyjnych, rozmowy na bieżące tematy;
- Muzykoterapia;
- Aromaterapia;

The effects of reminiscence therapy on psychological well-being, depression, and loneliness among the institutionalized aged

Chaing KJ et al..



Badani: 92 osoby, 65+, MMSE>20;
Narzędzia: Center for Epidemiological
Studie Depression (CES-D), skala
punktowa 0-60 pkt (większy
wynik=gorszy);
Interwencja: terapia reminiscencyjna,
8 sesji 90 min. w ciągu 8 tyg.
Ponowne **badanie dobrostanu
psychicznego**: po 3 mies.



Badani: 92 osoby, 65+, MMSE>20;
Narzędzia: Revised University of
California LA Scale (RULS-V3), skala
punktowa 20-80 pkt;
Interwencja: terapia reminiscencyjna,
8 sesji 90 min. w ciągu 8 tyg.
Ponowne **badanie poczucia
osamotnienia**: po 3 mies.

ZABURZENIA ZACHOWANIA -

DZIAŁANIA TERAPEUTYCZNE NAKIEROWANE NA PACJENTA

Metody terapeutyczne c.d.:

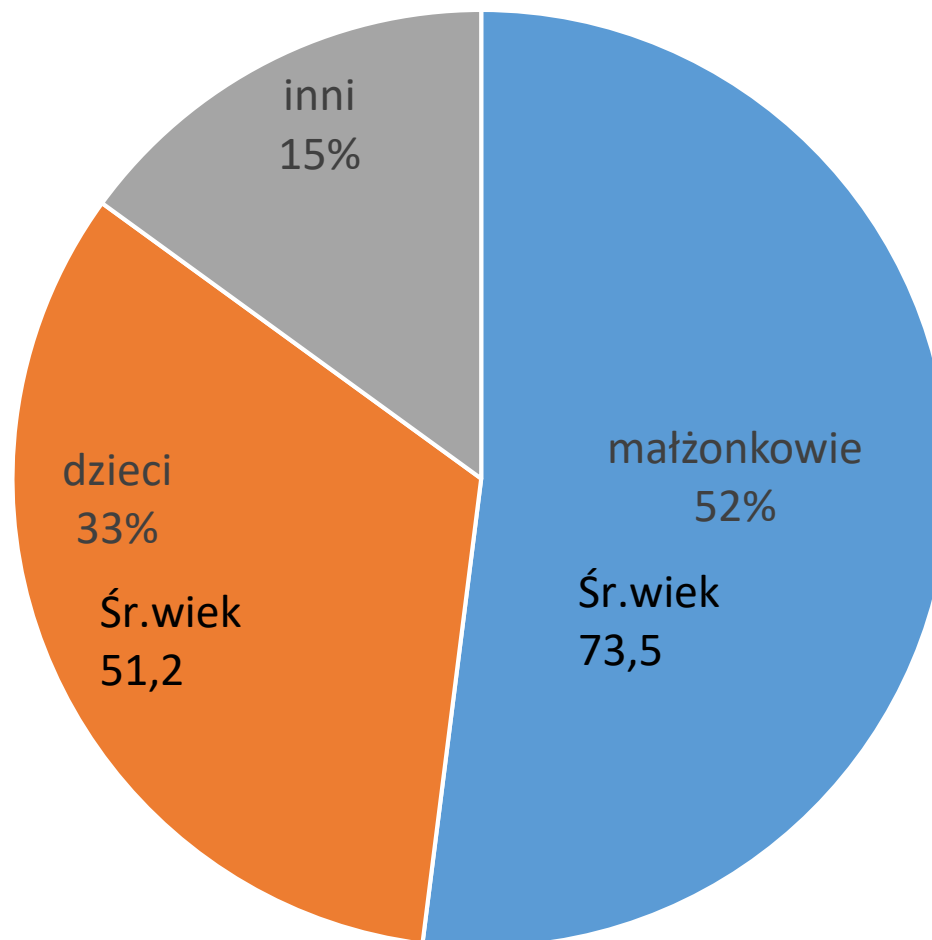
- Terapia światłem;
- Animaloterapia;
- Terapia zajęciowa: podtrzymywanie aktywności i pełnienia dotychczasowych ról, dla zachowania lub odtworzenia czynności ograniczonych przez postępującą chorobę;
- Aktywność fizyczna;
- Masaż, terapia dotykiem;
- Terapia stymulacji polisensorycznej (np. pokój Snoezelen):



Effectiveness of Atypical Antipsychotic Drugs
in Patients with Alzheimer's Disease

Lon S. Schneider, M.D., Pierre N. Tariot, M.D., Karen S. Dagerman, M.S., Sonia M. Davis, Dr.P.H.,
John K. Hsiao, M.D., M. Saleem Ismail, M.D., Barry D. Lebowitz, Ph.D., Constantine G. Lyketsos, M.D., M.H.S.,
J. Michael Ryan, M.D., T. Scott Stroup, M.D., David L. Sultzer, M.D., Daniel Weintraub, M.D.,
and Jeffrey A. Lieberman, M.D., for the CATIE-AD Study Group*

OPIEKUNOWIE



71% opiekunów to kobiety
Czynności opiekuńcze : 5,2 (±4,0) godz/dzień

ZABURZENIA ZACHOWANIA -

DZIAŁANIA TERAPEUTYCZNE NAKIEROWANE NA OPIEKUNA

1. Edukacja i wsparcie merytoryczne opiekunów w zakresie choroby wywołującej zaburzenia zachowania;
2. Trening w ograniczaniu stresu wywołanego opieką nad pacjentem z zaburzeniami zachowania;
3. Trening w zakresie rozpoznawania potrzeb i możliwości pacjentów z zaburzeniami zachowania oraz środowiskowych czynników wyzwalających zaburzenia zachowania, z następową indywidualizacją działań terapeutycznych.

Badani: 60 par (pacjent+opiekun);

Narzędzia: pomiar występujących zaburzeń zachowania z listy (na podst. Behaviors in Dementia Scale+Revised Memory and Behavior Problem Checklist); Cornell Scale for Depression in Dementia CSDD; QoL-AD;

Interwencja: wszechstronne indywidualne szkolenie opiekunów, 8 sesji 90 min. w ciągu 8 tyg.+2 sesje telefoniczne

Wynik: zaburzenia zachowania po 4 mies..

Tailored Activities to Manage Neuropsychiatric Behaviors in Persons with Dementia and Reduce Caregiver Burden: A Randomized Pilot Study

Laura N. Gitlin, Ph.D.¹, Laraine Winter, Ph.D.¹, Janice Burke, Ph.D., OTR/L, FAOTA², Nancy Chernett, MPH¹, Marie P. Dennis, Ph.D.¹, and Walter W. Hauck, Ph.D.³

Dependent Variable	<u>Experimental</u> (N = 27)		<u>Control</u> (N = 29)		Adjusted Mean Effect at 4 months	p	95% CI	d
	<u>Baseline</u>	<u>4-Months</u>	<u>Baseline</u>	<u>4-Months</u>				
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)				
Behavioral Occurrences	30.5 (30.3)	18.8 (17.6)	41.5(70.5)	60.8 (85.3)	−.32 ^b	.009	−.55, −.09	.72
Number of Behaviors	8.0 (3.8)	7.2 (4.1)	7.5 (4.5)	7.7 (3.7)	−.98	.249	−2.67, .71	
CSDD	9.2 (5.1)	9.0 (4.6)	8.1 (4.5)	8.7 (4.7)	−1.10	.340	−3.39, 1.19	
Activity engagement	2.1 (.4)	2.3 (.3)	1.9 (.4)	2.0 (.4)	.22	.029	.02, .41	.61
Pleasure in recreation	2.4 (.6)	2.6 (.5)	2.2 (.7)	2.1 (.7)	.38	.045	.01, .74	.64
Quality of Life Scale	2.2 (.3)	2.4 (.4)	2. (.4)	2.1 (.5)	.18	.095	−.03, .40	
Ability to keep busy	1.6 (.9)	2.2 (.7)	1.7 (.8)	1.6 (.9)	.56	.017	.11, 1.01	.71
	%		Wald					
B. <u>Specific Behaviors</u> ^c							95% CI for	
Agitated ^d	30.4	−2.89	1.18	6.00	.06	.014	.01, .56	.75
Arguing ^d	44.6	−2.51	.98	6.55	.08	.010	.01, .56	.77

Note: CSDD = Cornell Scale for Depression in Dementia

ZABURZENIA ZACHOWANIA -

DZIAŁANIA TERAPEUTYCZNE NAKIEROWANE NA OTOCZENIE PACJENTA

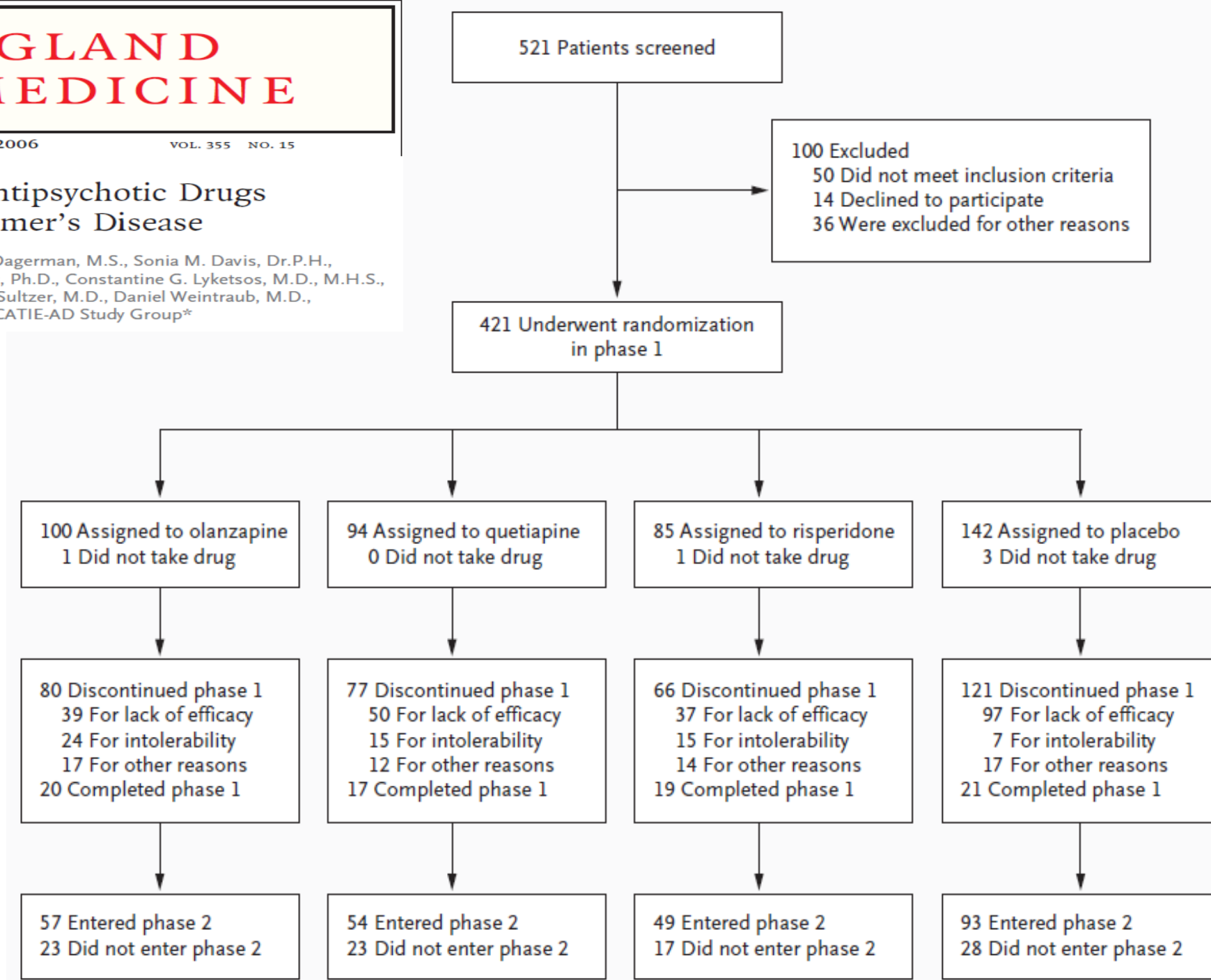
1. Czynniki nadmiernej stymulacji: hałas, tłum, nieład w domu;
2. Czynniki zbyt słabej stymulacji: brak interesujących obiektów do oglądania w otoczeniu, niedostatek zajęć dopasowanych do zainteresowań i możliwości pacjenta;
3. Kwestie bezpieczeństwa: zbyt duża łatwość w opuszczeniu domu, dostępność chemikaliów, ostrych narzędzi;
4. Zaburzenie rutyny i rytmu dnia: zmiana miejsca pobytu, zmiana czasu posiłków, zajęć codziennych i ich kolejności, zmiana opiekuna;

W zakresie w/w postępowania terapeutycznego brak jest RCT. W 90% badań uzyskano pozytywne efekty wdrożonych działań. Dodatkowym powodem trudności w ocenie skuteczności działań nakierowanych na środowisko pacjenta jest włączanie do strategii leczniczych innych obszarów – wyniki mogą być oceniane tylko w kontekście działań wielokierunkowych.

Nazwa badania	Metoda badawcza	Długość	Ilość uczestników	Wpływ
Terapia walidacyjna A.Deponet, R. Missan 2006	Pre-test-post-test	12	30	Poprawa wewnątrz grupy
Hasalam C. et al.2010	RCT	3	115	Poprawa funkcji poznawczych p=0,04 Poprawa dobrostanu w grupie kontrolnej p=0,07
Jones ED 2003	RCT	3	30	Znacząca różnica między grupami p=0,002 Wynik GDS uległ zmniejszeniu w grupie interwencyjnej
Wang J-J et al. 2008	Pre-test-post-test	8	77	NS
Wang J-J et al. 2007	RCT	8	102	MMSE p=0,015 CSDD p=0,026

Effectiveness of Atypical Antipsychotic Drugs in Patients with Alzheimer's Disease

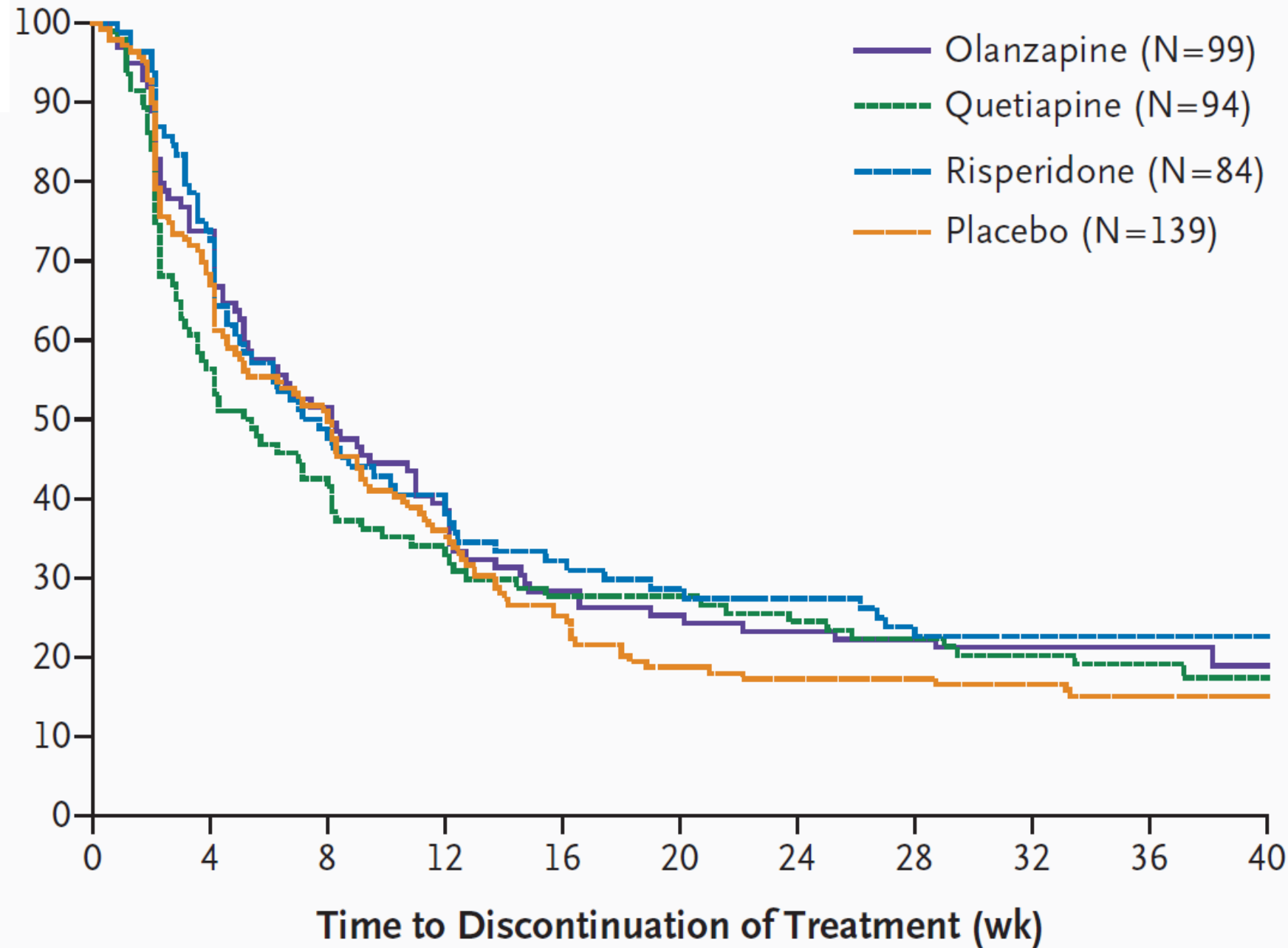
Lon S. Schneider, M.D., Pierre N. Tariot, M.D., Karen S. Dagerman, M.S., Sonia M. Davis, Dr.P.H.,
John K. Hsiao, M.D., M. Saleem Ismail, M.D., Barry D. Lebowitz, Ph.D., Constantine G. Lyketsos, M.D., M.H.S.,
J. Michael Ryan, M.D., T. Scott Stroup, M.D., David L. Sultzer, M.D., Daniel Weintraub, M.D.,
and Jeffrey A. Lieberman, M.D., for the CATIE-AD Study Group*



Effectiveness of Atypical Antipsychotic Drugs
in Patients with Alzheimer's Disease

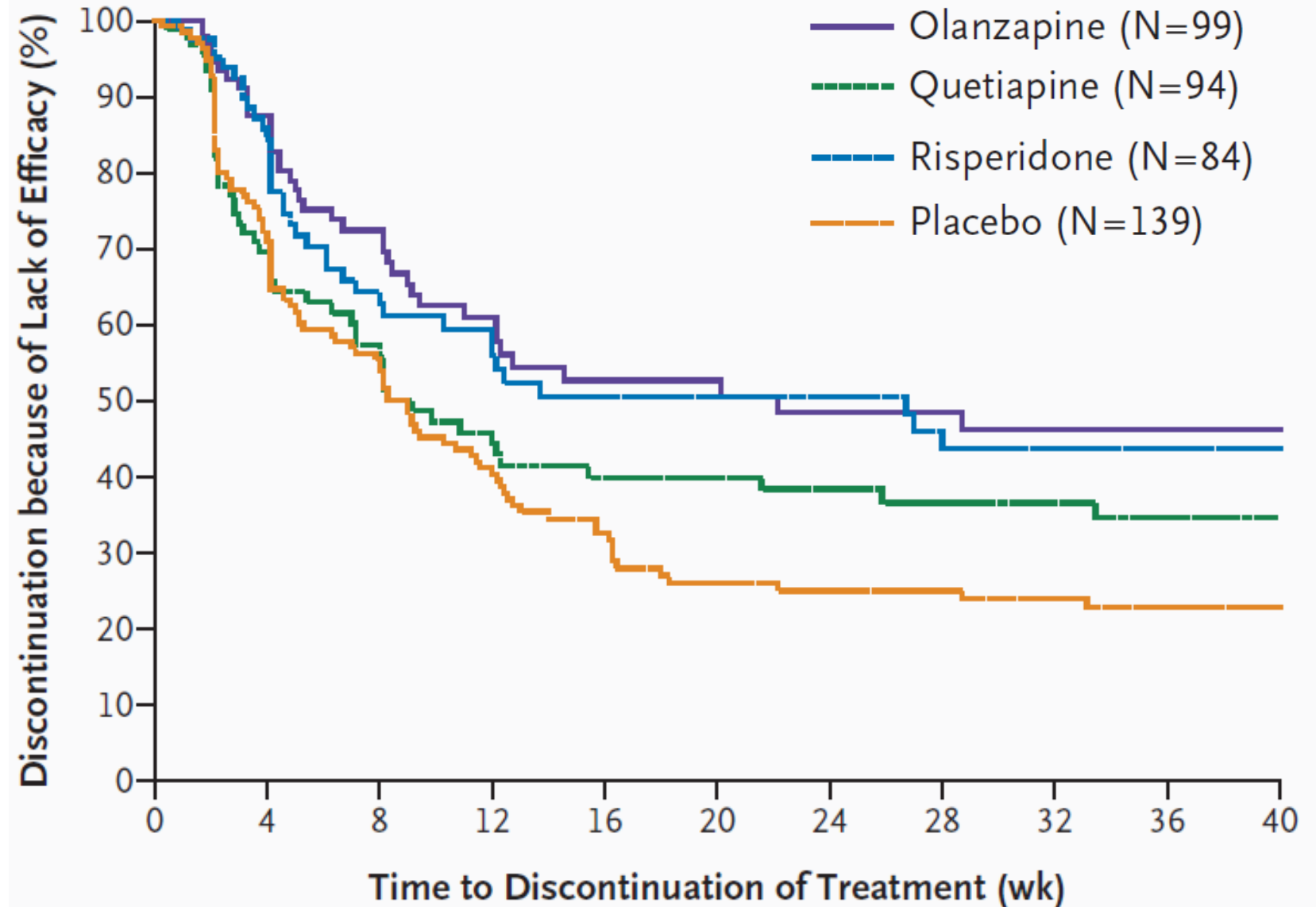
Lon S. Schneider, M.D., Pierre N. Tariot, M.D., Karen S. Dagerman, M.S., Sonia M. Davis, Dr.P.H.,
John K. Hsiao, M.D., M. Saleem Ismail, M.D., Barry D. Lebowitz, Ph.D., Constantine G. Lyketsos, M.D., M.H.S.,
J. Michael Ryan, M.D., T. Scott Stroup, M.D., David L. Sultzer, M.D., Daniel Weintraub, M.D.,
and Jeffrey A. Lieberman, M.D., for the CATIE-AD Study Group*

Discontinuation for Any Reason (%)



Effectiveness of Atypical Antipsychotic Drugs in Patients with Alzheimer's Disease

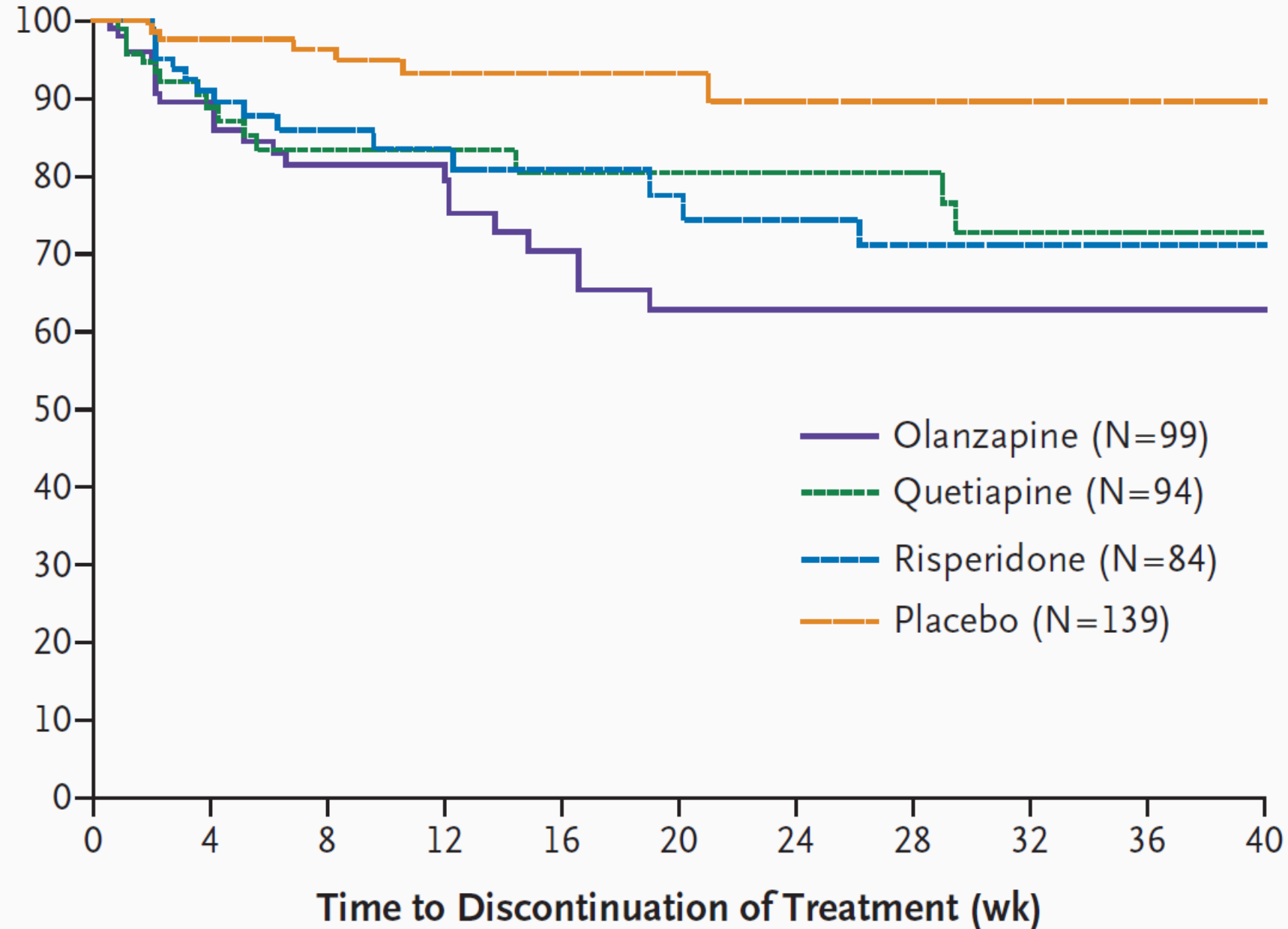
Lon S. Schneider, M.D., Pierre N. Tariot, M.D., Karen S. Dagerman, M.S., Sonia M. Davis, Dr.P.H.,
John K. Hsiao, M.D., M. Saleem Ismail, M.D., Barry D. Lebowitz, Ph.D., Constantine G. Lyketsos, M.D., M.H.S.,
J. Michael Ryan, M.D., T. Scott Stroup, M.D., David L. Sultzer, M.D., Daniel Weintraub, M.D.,
and Jeffrey A. Lieberman, M.D., for the CATIE-AD Study Group*



Effectiveness of Atypical Antipsychotic Drugs
in Patients with Alzheimer's Disease

Lon S. Schneider, M.D., Pierre N. Tariot, M.D., Karen S. Dagerman, M.S., Sonia M. Davis, Dr.P.H.,
John K. Hsiao, M.D., M. Saleem Ismail, M.D., Barry D. Lebowitz, Ph.D., Constantine G. Lyketsos, M.D., M.H.S.,
J. Michael Ryan, M.D., T. Scott Stroup, M.D., David L. Sultzer, M.D., Daniel Weintraub, M.D.,
and Jeffrey A. Lieberman, M.D., for the CATIE-AD Study Group*

Discontinuation because of Intolerability,
Adverse Events, or Death (%)



Effectiveness of Atypical Antipsychotic Drugs in Patients with Alzheimer's Disease

Lon S. Schneider, M.D., Pierre N. Tariot, M.D., Karen S. Dagerman, M.S., Sonia M. Davis, Dr.P.H.,
John K. Hsiao, M.D., M. Saleem Ismail, M.D., Barry D. Lebowitz, Ph.D., Constantine G. Lyketsos, M.D., M.H.S.,
J. Michael Ryan, M.D., T. Scott Stroup, M.D., David L. Sultzer, M.D., Daniel Weintraub, M.D.,
and Jeffrey A. Lieberman, M.D., for the CATIE-AD Study Group*

Variable	Olanzapine Group (N=100)	Quetiapine Group (N=94)	Risperidone Group (N=85)	Placebo Group (N=142)	P Value (Overall Comparison)
Adverse event — no. (%)					
Any serious adverse event†	14 (14)	17 (18)	9 (11)	19 (13)	0.35
Cerebrovascular accident or transient ischemic attack	2 (2)	1 (1)	1 (1)	1 (1)	0.92
Death	1 (1)	3 (3)	1 (1)	3 (2)	0.68
Any severe adverse event	17 (17)	24 (26)	12 (14)	21 (15)	0.11
Any adverse event	71 (71)	59 (63)	62 (73)	83 (58)	0.84
Parkinsonism or extrapyramidal signs	12 (12)	2 (2)	10 (12)	1 (1)	<0.001
Gait disturbance	4 (4)	3 (3)	1 (1)	3 (2)	0.66
Sedation	24 (24)	21 (22)	13 (15)	7 (5)	<0.001
Dizziness	6 (6)	6 (6)	4 (5)	9 (6)	0.96
Headache	5 (5)	1 (1)	5 (6)	2 (1)	0.10
Motor disturbance or dyskinesia	3 (3)	2 (2)	3 (4)	4 (3)	0.98
Cognitive disturbance	5 (5)	0	1 (1)	1 (1)	0.03
Seizures	3 (3)	1 (1)	0	0	0.07
Agitation or aggression	7 (7)	11 (12)	5 (6)	14 (10)	0.30
Psychotic symptoms	7 (7)	0	0	3 (2)	0.004
Confusion or mental-status change	18 (18)	6 (6)	9 (11)	7 (5)	0.03
Sleep disturbance	5 (5)	5 (5)	4 (5)	5 (4)	0.90
Depression	4 (4)	2 (2)	0	2 (1)	0.25
Anxiety	3 (3)	0	0	3 (2)	0.21
Fatigue or weakness	3 (3)	4 (4)	3 (4)	2 (1)	0.53
Falls, fractures, or injuries	17 (17)	7 (7)	10 (12)	21 (15)	0.16

DART-AD: PRZEŻYwalNOŚĆ

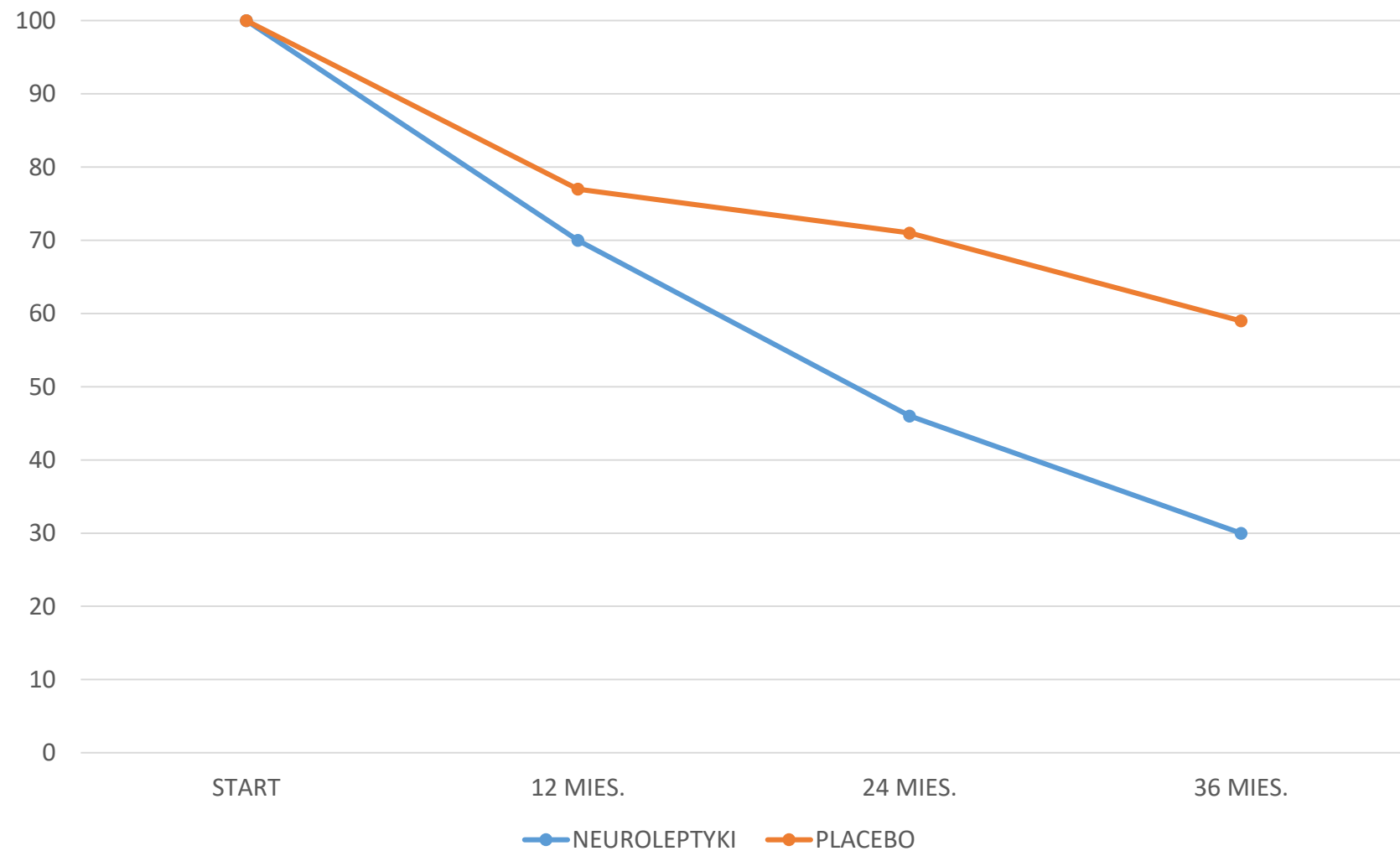


FIGURE 2. Mean Total Scores on the Korean version of the Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale (BEHAVE-AD-K) for Dementia Patients Receiving Risperidone and Haloperidol

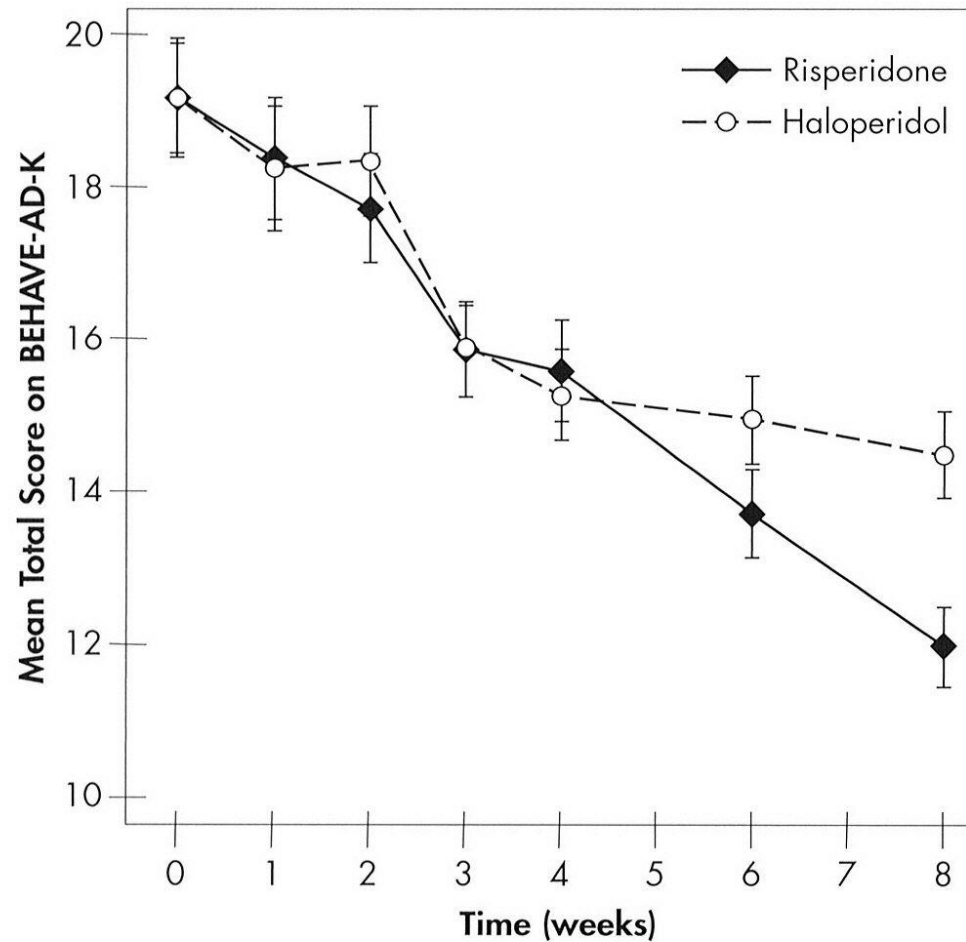
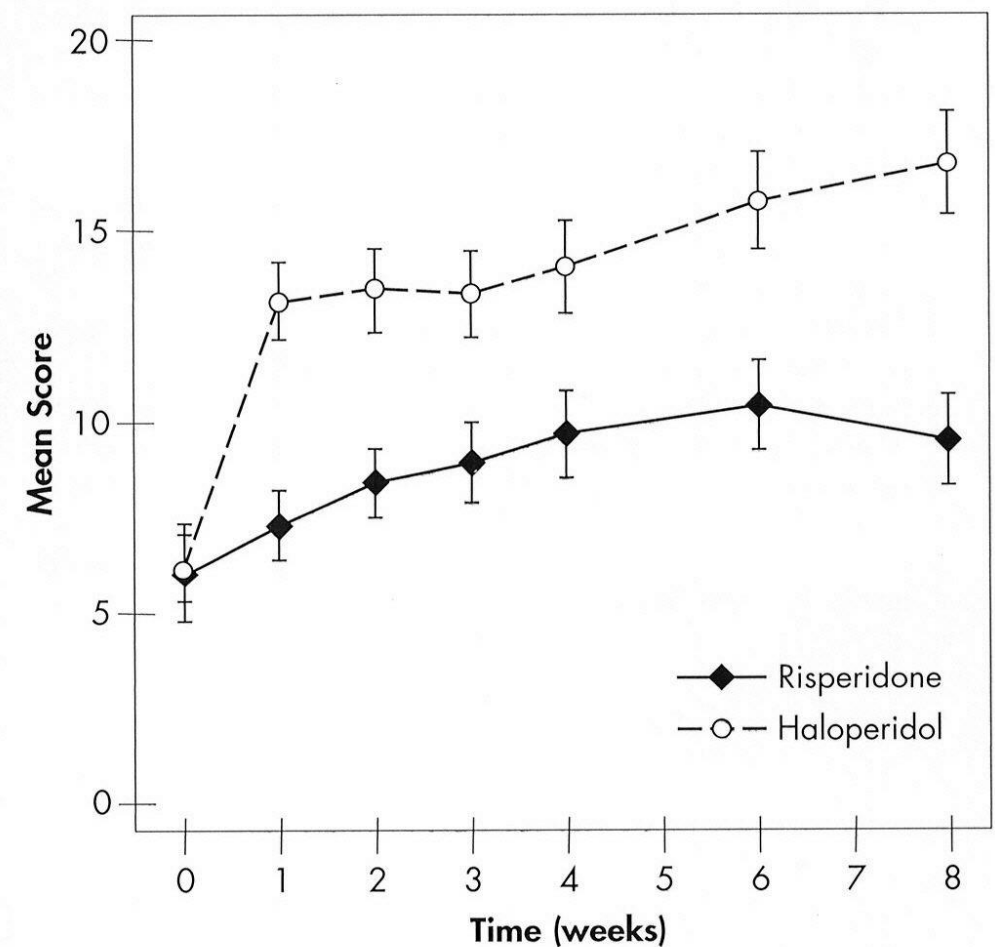
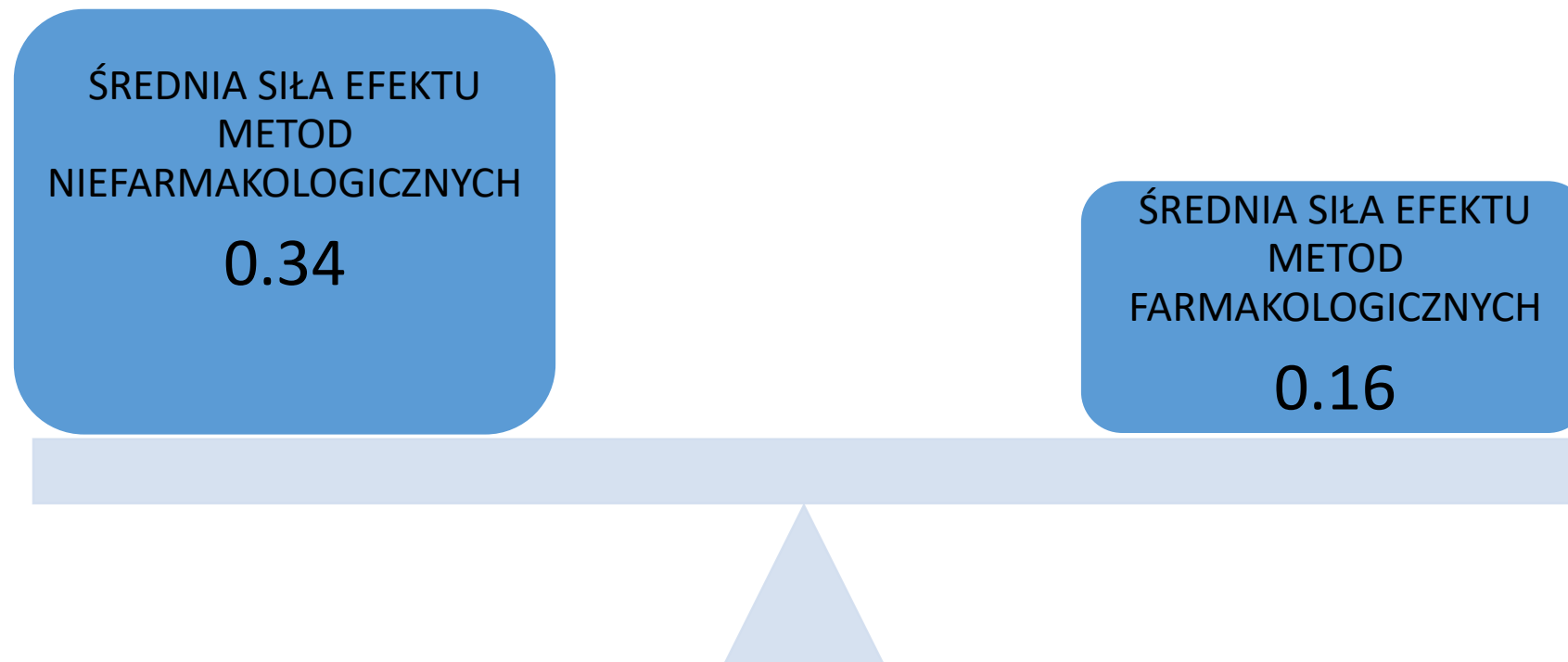


FIGURE 3. Mean Scores on the Parkinsonism Subscale of the Extrapyramidal Symptom Rating Scale for Dementia Patients Receiving Risperidone and Haloperidol



Meta-Analysis of Nonpharmacological Interventions for Neuropsychiatric Symptoms of Dementia.
Henry Brodaty, D.Sc., Caroline Arasaratnam, B.Psych.
Am J Psychiatry 2012; 169:946–953

Efficacy and Adverse Effects of Atypical Antipsychotics for Dementia: Meta-analysis of Randomized, Placebo-Controlled Trials
Lon S. Schneider, M.D., M.S., Karen Dagerman, M.S., Philip S. Insel, M.S.
Am J Geriatr Psychiatry 2006; 14:191–210)



SIŁA EFEKTU : do 0,2 = efekt słaby; 0,2 – 0,5 = efekt umiarkowany; 0,5-0,8 = efekt silny; powyżej 0,8 = efekt bardzo silny

ALGORYTM POSTĘPOWANIA W ZABURZENIACH ZACHOWANIA U OSÓB STARSZYCH Z DEMENCJĄ (BPSD)

Na podstawie Ageing Res Rev 2013

Pytaj o zaburzenia zachowania (u osób z demencją przy każdej wizycie) i monitoruj z zastosowaniem np. skali NPI



Niepokojące objawy? Od kiedy? Co wywołuje? Uciążliwe dla pacjenta, opiekuna?
Sprawdź problemy somatyczne: ból, infekcje, odwodnienie, interakcje leków, zaparcia, itp... Sprawdź wzrok i słuch!
Lecz optymalnie współwystępujące schorzenia!



Maksymalizuj dawkę AChEI / dodaj memantine



Objawy BPSD łagodne lub umiarkowane



Zastosuj leczenie nefarmakologiczne



Dotychczasowe postępowanie nieskuteczne/niesatysfakcjonujące – włącz dodatkowe leki



Objawy BPSD niebezpieczne/uciążliwe dla pacjenta lub opiekuna



DEPRESJA/LĘK
antydepresanty

PSYCHOZA
antypsychotyki

POBUDZENIE/AGRESJA
Antydepresanty, antypsychotyki, trazodone

INSOMNIA
Trazodone, mirtazapine, zopiclone

Wybrane leki stosowane w leczeniu zaburzeń w otępieniu

Nazwa leku	Zakres dawek	Zastosowanie
INHIBITORY ACETYLOCHOLINESTERAZY I MEMANTYNA		
DONEPEZIL	10mg/dobę	Umiarkowane działanie w redukowaniu pobudzenia, objawów depresyjnych, lękowych i apatii
RYWASTYGMINA	6-12mg/dobę	Umiarkowane działanie w redukowaniu pobudzenia, objawów psychotycznych, depresyjnych, lękowych i zaburzeniach snu
GALANTAMINA	16-24mg/dobę	Umiarkowane działanie w redukowaniu objawów lękowych i w apatii
MEMANTYNA	20mg/dobę	Umiarkowane działanie w redukowaniu urojeń, pobudzenia i agresji

Wybrane leki stosowane w leczeniu zaburzeń w otępieniu

NAZWA LEKU	ZAKRES DAWEK	ZASTOSOWANIE
LEKI PRZECIWPADACZKOWE		
KARBAMAZEPINA	50-300mg/dobę	Pobudzenie, agresja
KWAS WALPROINOWY	150-600mg/dobę	Pobudzenie, agresja, drażliwość, labilność afektywna
LEKI PRZECIWDEPRESYJNE		
CITALOPRAM	10-30 mg/dobę	Objawy depresyjne, pobudzenie, objawy psychotyczne
SERTRALINA	50-150 mg/dobę	Objawy depresyjne, pobudzenie, objawy psychotyczne
TRAZADON	25-300 mg/dobę	Objawy depresyjne, agresja słowna, pobudzenie , lęk, zaburzenia snu
MOKLOBEMID	150-300 mg/dobę	Objawy depresyjne, lęk, apatia
TIANEPETYNA	25-37,5mg/dobę	Objawy depresyjne, niepokój, pobudzenie

Wybrane leki stosowane w leczeniu zaburzeń w otępieniu

NAZWA LEKU	ZAKRES DAWEK	ZASTOSOWANIE
LEKI ANKSJOLITYCZNE		
BUSPIRON	15-30 mg/dobę	NIEPOKÓJ LĘK POBUDZENIE AGRESJA
LORAZEPAM	0,5-5 mg/dobę	OGRANICZENIE STOSOWANIA TYLKO DO STANÓW OSTREGO POBUDZENIA I LĘKU
ALPRAZOLAM	0,5-3 mg/dobę	OGRANICZENIE STOSOWANIA TYLKO DO STANÓW OSTREGO LĘKU I POBUDZENIA
ZOPIKLON	3,75-7,5 mg/dobę	ZABURZENIA SNU
ZOLPIDEM	5-10 mg/dobę	ZABURZENIA SNU

Wybrane leki stosowane w leczeniu zaburzeń w otępieniu

NAZWA LEKU	ZAKRES DAWEK	ZASTOSOWANIE
TYPOWE LEKI PRZECIWPSYCHOTYCZNE		
HALOPERIDOL	0,25-1,5 mg/dobę	OGRANICZENIE STOSOWANIA TYLKO DO STANÓW OSTREGO POBUDZENIA I MAJACZENIA
ATYPOWE LEKI PRZECIWPSYCHOTYCZNE		
TIAPRYD	50-250 mg/dobę	POBUDZENIE, AGRESJA, LĘK
KWETIAPINA	25-200 mg/dobę	POBUDZENIE, AGRESJA, OBJAWY PSYCHOTYCZNE
RISPERIDON	0,5-2,0 mg/dobę	OBJAWY PSYCHOTYCZNE, POBUDZENIE, AGRESJA
OLANZAPINA	2,5-10 mg/dobę	POBUDZENIE, AGRESJA, OBJAWY PSYCHOTYCZNE
ARIPIPAZOL	5-10 mg/dobę	OBJAWY PSYCHOTYCZNE, POBUDZENIE

Profil receptorowy dla wybranych leków

Blokowane receptory	Haloperidol	Risperidon	Tiapryd
Dopaminowy D1	++	++	-
Dopaminowy D2	+++	+++	++
Dopaminowy D3	+++	+++	++
Dopaminowy D4	+	++	-
Serotoninowy 5HT 2A	++	+++	-
Serotoninowy 5HT 2B	+/-	+++	-
α_1 - adrenergiczny	+++	+++	-
α_2 - adrenergiczny	-	+++	-
Histaminowy H1	+	+++	-
Muskarynowy	+/-	-	-

PODSUMOWANIE

- Częstość zaburzenia zachowania rośnie z wiekiem, ale starzenie nie jest wystarczającym powodem do ich występowania
- Zaburzenia zachowania są bardzo dolegliwe zarówno dla pacjentów i ich opiekunów
- Wskazaniem do hospitalizacji pacjenta mogą być zaburzenia zachowania zagrażające bezpieczeństwu pacjenta lub opiekuna
- Priorytetem są nefarmakologiczne działania terapeutyczne obejmujące czynniki modyfikowalne związane z pacjentem, opiekunem, otoczeniem
- Wobec doniesień o nieskuteczności farmakoterapii zaburzeń zachowania, leki należy stosować po indywidualnej analizie korzyści i zagrożeń w najmniejszych skutecznych dawkach i krótkotrwale
- Ze względu na najlepszą wiedzę o podopiecznych (długoletnie i częste kontakty), lekarze POZ stanowią ważne ogniwo w łańcuchach diagnostyki i terapii zaburzeń zachowania ze wsparciem geriatrów, neurologów, psychiatrów