

Ocena rzetelności polskiej wersji językowej skali pobudzenia Cohena-Mansfielda (The Cohen-Mansfield Agitation Inventory) w badaniu osób z otępieniem i bez otępienia przebywających w domach opieki

Reliability of The Cohen-Mansfield Agitation Inventory Polish version among demented and non-demented nursing home residents

Leszek Bidzan¹, Mariola Bidzan²

¹ Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego
AM w Gdańsku

Kierownik: prof. dr hab. n. med. L. Bidzan

² Instytut Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego

Dyrektor: prof. dr hab. M. Bogdanowicz

Summary

Aim. The present study evaluated the reliability of The Cohen-Mansfield Agitation Inventory Polish version among demented and non-demented nursing home residents.

Method. 35 nursing home residents fulfilling the ICD-10 criteria for dementia and 32 non-demented residents were assessed with The Cohen-Mansfield Agitation Inventory Polish version. For analysis of data we used Cronbach's alpha and Spearman's rank correlation coefficients.

Results. The internal consistency of the CMAI and interrater reliabilities were satisfactory both for dementia and the control groups. Although certain differences between the demented and non-demented residents were reported.

Conclusion. The preliminary result from the evaluation of the reliability of The Cohen-Mansfield Agitation Inventory Polish version were all satisfactory, both for demented and non-demented residents.

Słowa kluczowe: Skala CMAI, ośrodki opiekuńcze, rzetelność

Key words: CMAI, nursing homes, reliability

Zachowania impulsywne i agresywne są częste u osób z zaburzeniami otępiennymi, przebywających w ośrodkach opiekuńczych [1]. Podkreśla się związek pomiędzy upośledzeniem funkcji poznawczych a zachowaniami agresywnymi, co znalazło potwierdzenie w kilku badaniach, w których wskazano na zależność nasilania się reakcji gwałtownych i agresywnych od pogłębiania się deficytu poznawczego [2]. Jednak zachowania agresywne i impulsywne w wieku podeszłym nie są ograniczone

wyłącznie do osób otępiełych. Niektóre wyniki wskazują, że również w populacji bez otępienia może występować wysoki poziom zachowań agresywnych.

Ocena zachowań agresywnych napotyka znaczne trudności przede wszystkim z uwagi na ich złożone uwarunkowania i brak w pełni satysfakcjonującej definicji [3]. Dla części autorów zachowanie agresywne to słowne obelgi lub zachowanie stwarzające zagrożenie. Inni z kolei agresją nazywają nadmierną aktywność werbalną [4]. W niektórych badaniach za wykładniki agresji przyjmuje się niszczenie mienia lub fizyczny atak na osoby z otoczenia. Niektórzy zachowanie agresywne zaliczają do jednej z postaci pobudzenia [5]. Zamieszanie terminologiczne jest przyczyną trudności w porównaniu wyników różnych badań. Niewątpliwie postępem na drodze do uporządkowania zagadnienia jest posługiwanie się standaryzowanymi narzędziami oceny. Do najczęściej stosowanych metod oceny, szczególnie wśród mieszkańców ośrodków opiekuńczych, należy posługiwanie się skalą pobudzenia Cohena-Mansfielda [6]. Wyróżnia ona cztery formy zachowań: werbalne nieagresywne, fizyczne nieagresywne, werbalne agresywne oraz fizyczne agresywne.

Istnieją doniesienia wskazujące na zróżnicowanie obrazu i nasilenia zachowań agresywnych i impulsywnych w różnych postaciach etiologicznych otępień, które wynikają z odmiennego uwarunkowania patogenetycznego [1, 7]. Można założyć, że – wobec różnic pomiędzy poszczególnymi postaciami otępień – jeszcze większe różnice w odniesieniu do obrazu klinicznego agresji mogą pojawić się pomiędzy osobami otępiełymi i bez objawów demencyjnych.

Skala Cohena-Mansfielda (The Cohen-Mansfield Agitation Inventory) (CMAI) jest uznanym narzędziem w ocenie zachowań agresywnych u osób otępiełych. W badaniach nad rzetelnością i trafnością diagnostyczną polskiej wersji językowej skali CMAI uzyskano wyniki potwierdzające jej przydatność w ocenie osób otępiełych. Może natomiast budzić wątpliwości przydatność tego narzędzia u osób bez zaburzeń otępiennych.

Celem pracy było porównanie niektórych parametrów rzetelności polskiej wersji językowej skali The Cohen-Mansfield Agitation Inventory w ocenie osób otępiełych i nie wykazujących objawów demencji przebywających w domach opieki.

Opis narzędzia

Inwentarz pobudzenia Cohena-Mansfielda (The Cohen-Mansfield Agitation Inventory – CMAI) ma kilka wersji różniących się m.in. liczbą ocenianych elementów. W pracy posługiwano się 29-elementowym narzędziem przeznaczonym przede wszystkim do oceny osób przebywających w placówkach opiekuńczych.

Badanie za pomocą kwestionariusza polega na uzyskaniu wywiadu od informatora przebywającego z chorym przynajmniej przez kilka godzin dziennie w ciągu co najmniej dwóch tygodni (ocena obejmuje 14 dni). Nie jest odstępstwem metodycznym korzystanie z informacji od innych osób, które dysponują wiedzą o zachowaniu badanych. Ocena dotyczy częstości występowania każdego z 29 (wymienionych w tabeli 3) zachowań. Rolą badającego nie jest ocena poszczególnych elementów (czyni to osoba informująca), a jedynie ukierunkowanie i pomoc (np. poprzez uzyskanie dodatkowych

informacji od innych osób) w jak najbardziej rzetelnej i obiektywnej ocenie. Jeżeli badający jest osobą, która dysponuje najszerszą wiedzą o badanym, wówczas sam wypełnia kwestionariusz (w całości lub części).

Oceny częstości występowania poszczególnych zachowań dokonuje się w skali porządkowej siedmiostopniowej (1 – nigdy nie występuje, 7 – kilka razy na godzinę). Jeżeli dane zachowanie występowało w ciągu 14 dni ze zmienną częstością, to należy podać wartość przeciętną.

Poszczególne zachowania uwzględnione w inwentarzu wchodzi w skład czterech wymiarów: zachowania werbalnego nieagresywnego, fizycznego nieagresywnego, werbalnego agresywnego oraz fizycznego agresywnego. Poszczególne wymiary nie są równoliczne. Szczegółowe przypisanie ocenianych zachowań poszczególnym wymiarom przedstawia tabela 3.

Metoda

Populacją wyjściową dla badań byli wszyscy mieszkańcy domu pomocy społecznej w Gdyni w wieku powyżej 60 lat (łącznie liczba mieszkańców 92). Wstępna procedura włączenia do badania obejmowała wykluczenie obecności w chwili badania zaburzeń świadomości, schorzenia narządu ruchu, wzroku i słuchu istotnie utrudniających wykonywanie poleceń i procedur zawartych w stosowanych skalach klinicznych (MMSE), poważne schorzenia somatyczne, zwłaszcza w fazie dekompensacji.

Do dalszego etapu badań zakwalifikowano 67 osób, u których przeprowadzono postępowanie diagnostyczne w kierunku rozpoznania lub wykluczenia otępienia. U 35 osób rozpoznano, zgodnie z kryteriami ICD-10 [8], otępienie, natomiast u pozostałych 32 wykluczono je.

W grupie z otępieniem przeważały osoby z umiarkowanym przebiegiem choroby (średni wynik MMSE wynosił 14,68). Natomiast w grupie osób bez otępienia średnia w badaniu za pomocą skali MMSE wyniosła 23,06.

Posługiwano się polskim tłumaczeniem skali CMAI wykonanym przez licencjonowanego tłumacza mającego doświadczenie w przygotowywaniu tekstów z zakresu psychopatologii. Tłumaczenie to było ponownie, przez niezależnego tłumacza, przełożone na język angielski. Przekład ten porównano z wersją źródłową.

Badanie za pomocą skali CMAI zostało wykonane przez dwóch niezależnych badających (interrater reliability) – pracowników socjalnych domu opieki z wieloletnim stażem pracy, uczestniczących w poprzednio prowadzonych przez klinikę programach badawczych, w których stosowano metody metryczne oceny stanu pacjenta. Przeprowadzono z nimi trening, który obejmował prelekcję oraz badanie ćwiczebne. W trakcie prelekcji omówiono przeznaczenie skali, układ, sposób kwantyfikacji i warunki jej wykonania. Omówiono szczegółowo każdy z ocenianych elementów. Następnie badacze niezależnie ocenili trzech mieszkańców placówki. Po czym porównano sposób oceny, zwrócono uwagę na występujące różnice i je omówiono.

Właściwe badanie polegało na dokonaniu niezależnej oceny wszystkich włączonych mieszkańców domu opieki przez każdego z badających. Badanie danej osoby przez obydwu badających odbywało się zawsze w tym samym dniu, jednak o różnych porach

(odstęp pomiędzy badaniami wynosił od 1 godz. do 7 godz.). O kolejności włączania do badania decydowała numeracja pokoi zajmowanych przez oceniane osoby. Badacze nie kontaktowali się pomiędzy sobą (były to osoby pracujące na różnych zmianach).

We wcześniejszej ocenie rzetelności skali CMAI dla osób otępiełych uzyskano zadowalające wyniki [9]. W obecnym badaniu przede wszystkim zwrócono uwagę na powtarzalność wyników oceniających rzetelność skal w odniesieniu do badań wcześniejszych oraz na ich porównywalność u osób z otępieniem i bez otępienia.

Wyznaczono następujące współczynniki rzetelności skal CMAI:

- Ocena zgodności wewnętrznej – współczynnik alfa Cronbacha
- Porównywalność ocen dokonanych przez dwóch niezależnych badających (inter-rater reliability).

Wyniki

W tabeli 1 przedstawiono średnie wyniki skal MMSE i CMAI oraz wyniki poszczególnych kategorii skali CMAI zarówno w grupie osób otępiełych, jak i w grupie kontrolnej (bez otępienia). Za pomocą testu dla dwóch średnich niezależnych porównano wyniki uzyskane w poszczególnych grupach.

Tabela 1. Średnie wyniki skal MMSE i CMAI oraz wyniki poszczególnych kategorii skali CMAI uzyskane u osób z rozpoznaniem otępieniem i w grupie kontrolnej

	Otępiełi (n = 35)		Grupa kontrolna (n = 32)		t
	średnia	odch.std.	średnia	odch.std.	
MMSE	14,68	3,58	23,06	4,47	-8,30
CMAI	68,46	29,31	60,84	20,18	1,23
Werbalne nieagresywne	13,29	6,13	12,09	5,13	0,86
Fizyczne nieagresywne	24,83	11,74	21,97	9,23	1,10
Werbalne agresywne	9,34	5,48	8,63	4,76	0,57
Fizyczne agresywne	21,00	9,88	18,16	5,91	1,41

Zgodność wewnętrzną oceniono na podstawie współczynnika alfa Cronbacha (tabela 2). Obliczono średni współczynnik uzyskany w dwóch badaniach (przez każdego z raterów) oraz przedstawiono współczynniki uzyskane w każdym badaniu z osobna. Ocenie poddano zarówno wynik ogólny skali, jak i poszczególne kategorie objawów.

Tabela 2. Współczynniki zgodności wewnętrznej alfa Cronbacha polskiej wersji językowej skali CMAI uzyskane u osób z rozpoznanyim otępieniem i w grupie kontrolnej

Badający	Wynik ogólny skali CMAI	Elementy opisujące zachowanie:			
		wербalne nieagresywne	fizyczne nieagresywne	wербalne agresywne	fizyczne agresywne
otępiali					
A	0,96	0,82	0,89	0,88	0,95
B	0,95	0,79	0,88	0,85	0,93
średnia *	0,96	0,80	0,89	0,87	0,94
Grupa kontrolna					
A	0,91	0,68	0,84	0,80	0,87
B	0,90	0,62	0,81	0,78	0,81
średnia *	0,90	0,65	0,82	0,79	0,84

* wartość średnia uzyskana dla dwóch badań
A, B – symbole badających

Porównywalność ocen dokonanych przez dwóch niezależnych badających (interrater reliability) przedstawia tabela 3.

Tabela 3. Porównywalność ocen dokonanych przez dwóch niezależnych badających (interrater reliability) w grupach osób z rozpoznanyim i wykluczonym otępieniem

Zachowania	Otępiali		Grupa kontrolna	
	interrater reliability		interrater reliability	
	R	t(N-2)	R	t(N-2)
Wербalne nieagresywne				
Bezustanne nieuzasadnione prośby o pomoc lub uwagę	0,95	17,14	0,95	16,85
Powtarzane zdania lub pytania	0,90	11,74	0,89	10,77
Narzekanie	0,89	11,45	0,87	9,53
Negatywizm	0,88	10,47	0,85	8,67
Fizyczne nieagresywne				
Chodzenie tam i z powrotem, wałęsanie się bez celu	0,90	11,75	0,88	10,40
Nieodpowiednie ubranie lub rozbieranie się	0,79	7,35	0,64	4,61
Usiłowanie dostania się w inne miejsce (np. wychodzenie z pokoju, budynku)	0,96	19,48	0,90	11,42
Celowe upadanie	0,95	17,79	0,91	11,97
Jedzenie/picie nieodpowiednich substancji	0,87	10,16	0,73	5,81
Nieodpowiednie obchodzenie się z rzeczami	0,84	8,80	0,81	7,70
Ukrywanie rzeczy	0,89	11,01	0,88	10,35

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

Gromadzenie rzeczy	0,95	17,61	0,97	22,32
Powtarzające się manieryzmy	0,83	8,40	0,76	6,43
Ogólny niepokój ruchowy	0,83	8,47	0,89	10,65
Werbalne agresywne				
Wyzywanie lub agresja słowna	0,88	10,84	0,87	9,88
Dziwne odgłosy (dziwaczny śmiech lub płacz)	0,93	14,69	0,90	11,35
Krzyki	0,90	11,96	0,85	8,95
Werbalne molestowanie seksualne	0,92	13,22	0,89	10,86
Fizyczne agresywne				
Plucie (łącznie z pluciem podczas posiłków)	0,77	7,00	0,60	4,09
Bicie (łącznie z biciem siebie)	0,75	6,60	0,61	4,26
Kopanie	0,91	12,31	0,83	8,27
Czepianie się ludzi	0,94	15,79	0,94	15,74
Popychanie	0,85	9,18	0,77	6,61
Rzucanie rzeczami	0,90	11,68	0,92	12,84
Gryzienie	0,94	15,65	0,91	11,70
Drapanie	0,94	15,16	0,90	11,27
Robienie krzywdy sobie lub innym (papierosem, gorącą wodą itp.)	0,92	13,13	0,85	8,92
Darcie rzeczy lub niszczenie własności	0,90	12,00	0,88	10,03
Fizyczne molestowanie seksualne	0,89	11,36	0,74	5,99
Suma CMAI	0,91	12,99	0,87	9,49
Werbalne nieagresywne	0,91	12,28	0,86	9,43
Fizyczne nieagresywne	0,94	15,23	0,90	11,18
Werbalne agresywne	0,94	16,47	0,93	14,04
Fizyczne agresywne	0,90	12,21	0,89	10,61

Omówienie

Posługiwanie się Skalą Cohena-Mansfielda należy obecnie do jednej z najczęściej stosowanych metod kwantyfikacji zachowań agresywnych w populacji osób w wieku podeszłym.

We wcześniej prowadzonych badaniach dotyczących oceny rzetelności CMAI w badaniu pensjonariuszy domów opieki z otępieniem spójność wewnętrzna skali (współczynnik alfa dla wszystkich elementów skali) wyniosła 0,95. Współczynnik korelacji Spearmana obliczony w celu oceny powtarzalności badania (test-retest reliability) to: 0,88 dla wyniku globalnego skali i od 0,58 do 0,92 dla jej poszczególnych

elementów. Ocena porównywalności (interrater reliability) wynosiła 0,92 dla wyniku ogólnego i od 0,82 do 0,97 dla poszczególnych elementów [9]. W prezentowanym badaniu nie przeprowadzono powtórnego badania, natomiast wartości uzyskane dla pozostałych współczynników (spójność wewnątrzna oraz zgodność porównywalność) pomiędzy badającymi były zbliżone dla grupy osób z otępieniem w obecnym i poprzednim badaniu. Również ocena rzetelności polskiej wersji językowej skali CMAI u osób bez otępienia wstępnie potwierdziła przydatność tego narzędzia w badaniach tej populacji. Uzyskane wartości spójności wewnętrznej (0,90) oraz porównywalności (interrater reliability) (0,87) w pełni to potwierdzają. Należy jednak zwrócić uwagę, że są to wartości niższe w porównaniu z wartościami uzyskanymi w grupie osób otępiających, co może mieć wpływ na dokładność pomiaru ocenianych zachowań. Ten fakt powinien być uwzględniany szczególnie w porównywaniu osób otępiających z pozostałymi. Poza populacją osób otępiających skala staje się nieco mniej spójna wewnętrznie, a proces kwantyfikacji poszczególnych zachowań staje się bardziej subiektywny, przez co zmniejsza się porównywalność wyników. Stwierdzenie to jest w pełni zrozumiałe, jeżeli weźmie się pod uwagę, że konstrukcja skali oparta była na badaniach osób z otępieniem i jest przeznaczona do oceny przede wszystkim tej populacji [6].

Zachowania agresywne i impulsywne uwarunkowane są wieloma czynnikami. Wszelkie stany pogarszające komunikację z otoczeniem powodują nasilenie zachowań agresywnych. Podnosi się związek upośledzenia zdolności werbalnych, percepcji słuchowej oraz wzrokowej z agresją [3, 10]. Predyspozycje osobowościowe również mają wpływ na zachowania agresywne [11]. Niewątpliwym wpływem na zachowania agresywne może mieć stan somatyczny pacjenta. Niejednokrotnie gwałtowna zmiana w zachowaniu może być wynikiem zaburzeń świadomości [12]. Na funkcjonowanie osób otępiających wpływ mają również i inne czynniki, takie jak osobowość przedchorobowa, wiek oraz płeć [11, 13, 14, 15].

Większość z tych zmiennych nie była kontrolowana w podjętych badaniach, natomiast można domyślać się, że ich wpływ będzie różny w zależności od stopnia nasilenia zaburzeń funkcji poznawczych. Na uwagę zasługuje również i to, że różnice pomiędzy populacją osób otępiających a grupą kontrolną były odmienne w poszczególnych kategoriach skali CMAI. Największa zgodność pomiędzy badającymi dotyczyła oceny agresji werbalnej i w odniesieniu do tej kategorii notowano najmniejsze różnice w ocenie osób otępiających i grupy kontrolnej (wartość $t = 0,57$).

Konieczne wydają się dalsze badania nad polską wersją językową skali CMAI, które obejmą większe grupy badanych, o większym zróżnicowaniu w zakresie zaburzeń funkcji poznawczych, wieku oraz płci.

Оценка достоверности польской языковой версии шкали возбуждения Коэн-Мансфелд

Содержание

Задание. В предпринятых исследованиях проведена оценка достоверности польской языковой версии шкалы The Cohen-Mansfeld Agitation Inventory (CMAI) при исследовании как дементных лиц, так и без деменции лиц, проживающих в центре опеки.

Метод. Исследования шкалой CMAI проведены у 32 лиц без деменции и 35 человек с деменцией по критериям Международной классификации болезней ИЦД-10. При анализе

полученных результатов использован коэффициент альфа Кронбаха и коэффициент ранговой корреляции Спирмана.

Результаты. Получена удовлетворительная оценка внутренней согласности шкалы и сравнительности исследований, как у дементных, так и у лиц без деменции. Однако, отмечены определенные различия в коэффициентах достоверности оцениваемой шкалы между исследованными группами.

Выводы. Предварительная оценка достоверности польской языковой версии шкалы возбуждения Коэн-Мансфелд (CMAI) совершенно удовлетворительная при исследовании лиц без деменции и с чертами деменции, пребывающих в центре опеки.

Die Beurteilung der Redlichkeit der polnischen Version der Skala zur Erfassung von agitiertem Verhalten von Cohen-Mansfield (The Cohen-Mansfield Agitation Inventory) in der Beurteilung der Personen mit Demenz und ohne Demenz in Pflegeheimen

Zusammenfassung

Ziel. In den durchgeführten Studien wurde die Redlichkeit der polnischen Version der Skala The Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) bei der Untersuchung der Personen mit Demenz und ohne Demenz beurteilt, die die Bewohner eines Pflegeheimes waren.

Methode. 35 Bewohner des Pflegeheimes, die die ICD-10 - Kriterien für Diagnosestellung Demenz erfüllten, und 32 Personen, bei denen Demenz ausgeschlossen wurde, wurden mit Hilfe der CMAI--Skala untersucht.

In der Ergebnisanalyse wurden der Alfa-Cronbach Quotient und der Quotient der Rangkorrelation von Spearman benutzt.

Ergebnisse. Es wurde eine zufriedenstellende Beurteilung der inneren Kohärenz der Skala und der Vergleichbarkeit der Untersuchung sowohl für Demente als auch für Nicht-Demente erreicht. Es wurden aber gewisse Unterschiede bei den Faktoren der Redlichkeit der beurteilten Skala unter den einzelnen Gruppen bemerkt.

Schlussfolgerungen. Die frühe Beurteilung der Redlichkeit der polnischen Version von The Cohen-Mansfields Agitation Inventory (CMAI) brachte zufriedenstellende Ergebnisse sowohl bei der Untersuchung der Personen mit Demenz als auch ohne Demenz, die in den Pflegeheimen wohnten.

L'évaluation de la fiabilité de la version polonaise de The Cohen – Mansfield Agitation Inventory pour l'examen des personnes souffrant de la démence et sans démence résidant dans les maisons pour vieillards

Résumé

Objèctif. Les auteurs essaient d'évaluer la fiabilité de la version polonaise de The Cohen–Mansfield Agitation Inventory (CMAI) pour l'examen des personnes souffrant de la démence et sans démence résidant dans les maisons pour vieillards.

Méthode. On a examiné avec le teste CMAI 35 patients, qualifiés d'après ICD-10 (démence) et 32 personnes sans démence.

Résultats. Les résultats de cet examen sont analysés avec le coefficient alpha de Cronbach et avec le coefficient de corrélation de Spearman. La consistance interne de CMAI et la fiabilité interrater des résultats des personnes avec la démence et sans démence sont satisfaisantes, on note seulement certaines différences des coefficients de cette échelle.

Conclusions. Les résultats préliminaires de l'évaluation de la version polonaise de CMAI sont satisfaisants.

Piśmiennictwo

1. Cohen-Mansfield J, Marx MS, Werner P. *Agitation in elderly persons: an integrative report of findings in a nursing home.* Int. Psychogeriatr. 1992; 4 (supl. 2): 221–240.

2. Beck C, Frank L, Chumbler NR, O'Sullivan P, Vogelpohl TS, Rasin J, Walls R, Baldwin B. *Correlates of disruptive behavior in severely cognitively impaired nursing home residents*. Gerontologist. 1998; 38: 189–198.
3. Hall KA, O'Connor DW. *Correlates of aggressive behavior in dementia*. Int. Psychogeriatr. 2004; 16: 141–158.
4. Everitt DE, Fields DR, Soumerai SS, Avorn J. *Resident behaviour and staff distress in the nursing home*. J. Am. Geriatr. Soc. 1991; 39: 792–798.
5. Cohen-Mansfield J, Biling N, Rosenthal A, Pawlson GL. *Medical correlates of agitation in nursing home residents*. Gerontol. 1990; 36: 150–158.
6. Cohen-Mansfield J, Marx MS, Rosenthal AS. *A description of agitation in a nursing home*. J. Gerontol. 1989; 44: 77–84.
7. Schreiner AS, Yamamoto E, Shiotani H. *Agitated behavior in elderly nursing home residents with dementia in Japan*. J. Gerontol. Psychol. Sc. Soc. Sc. 2000; 55: 180–186.
8. *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders*. Geneva: WHO; 1992.
9. L. Bidzan. *Ocena rzetelności i trafności polskiej wersji językowej skali pobudzenia Cohena-Mansfielda (The Cohen-Mansfield Agitation Inventory)*. Psychogeriatr. Pol. 2005; 2, 2: 89–98.
10. Welsh SW, Corrigan FM, Scott M. *Language impairment and aggression in Alzheimer's disease*. Int. J. Geriatr. Psychiatry 1996; 11: 257–261.
11. Kolanowski AM, Garr M. *The relation of premorbid factors to aggressive physical behavior in dementia*. J. Neurosc. Nurs. 1999; 31: 278–284.
12. Kloszewska I. *Incidence and relationship between behavioral and psychological symptoms in Alzheimer's disease*. Int. J. Geriatr. Psychiatry 1998; 13: 785–792.
13. Shah AK. *Violence and psychogeriatric inpatients*. Int. J. Geriatr. Psychiatry 1992; 7: 39–44.
14. Ott BR, Tate CA, Gordon NM, Heindel WC. *Gender differences in the behavioral manifestations of Alzheimer's disease*. J. Am. Geriatr. Soc. 1996; 44: 583–587.
15. Ott BR, Lapane KL, Gambassi G. *Gender differences in the treatment of behavior problems in Alzheimer's disease*. Epidemiol. Neurol. 2000; 54: 427–432.

Adres: Leszek Bidzan
Klinika Psychiatrii Rozwojowej
Zaburzeń Psychotycznych
i Wieku Podeszłego Akademii Medycznej
80-282 Gdańsk, ul. Srebrniki 1

Otrzymano: 2.02.2007
Zrecenzowano: 21.03.2007
Przyjęto do druku: 10.07.2007