

به نام خداوند لوح و قلم

حقیقت نگار و جود و عدم

خدایی که داننده رازهاست

بخشنین سرآغاز آغازهاست

BEHAVIORAL AND PSYCHOLOGICAL SYMPTOM OF DEMENTIA



Dr.shokrgozar
Associate professor
Shafa hospital

BPSD definition

- ▶ تعریف BPSD: علایمی که اختلال در درک محتوای فکر خلق و رفتار افراد که شامل تمام اختلالات رفتاری و سایکولوژیکی که در بیماران دمانسی دیده می شود.
- ▶ در کل درمانهایی که در دنیا داریم پنج تا بیشتر نیست.
- ▶ ولی درمان BPSD یک هنر است.
- ▶ مشکل نرولوژیست ها تحلیل علایم روانپزشکی
- ▶ مشکل روانپزشک ها تجویز دوز بالای دارو
- ▶ مشکل خانواده ها جستجوی یک داروی شفا بخش

Type of BPSD

- ▶ Anxiety : early onset
- ▶ Depression: early onset
- ▶ Psychosis: delusion(AD) hallucination(DLB) خیانت دزدی اختلال در تشخیص هویت اشیا و افراد
- ▶ Agitation رفتارهای حرکتی نابجا
- ▶ Misidentification: place, TV
- ▶ Apathy: FTD عدم توجه به ظاهر و محیط شروع کننده نیست
- ▶ aggression: verbal and physical
- ▶ Wandering: left the house
- ▶ Sun downing
- ▶ Sleep disturbance: چیش دارو بیشتر ظهر و عصر
- ▶ Sexual disinhibition: FTD
- ▶ Eating disorder: sugar craving, eating ritual
- ▶ Manic like syndrome: FH of bipolar low prevalence

Cluster of BPSD

Behavioural Symptoms	Psychological Symptoms
Physical aggression	Anxiety
Swearing	Depressive mood
Restlessness	Hallucinations
Agitation	Delusions
Wondering	
Cursing	
Shadowing	
Hoarding	
Sexual disinhibition	

Core symptom: cognitive impairment

Main problem: Behavior

BPSD Treatment: ART

Behavior: visible

Psychiatric: interview

Cluster of BPSD

Psychopathological Symptoms

- Anhedonia
- Anxiety
- Fears and apprehensions
- Panic
- Apathy
- Euphoria
- Irritability
- Depression
- Strongly held false beliefs
- Perceptual abnormalities
- Hallucinations

Disturbances in Motor Function

- Motor retardation
- Motor hyperactivity
- Agitation

Eating disorders

- Anorexia
- Hyperphagia
- Preference for particular foods

Disturbances in Circadian Rhythms

- Hypersomnia
- Insomnia
- Sleep-Wake cycle reversal
- Fragmented sleep
- Rapid Eye Movement sleep disorder
- Daytime napping and night time awakening

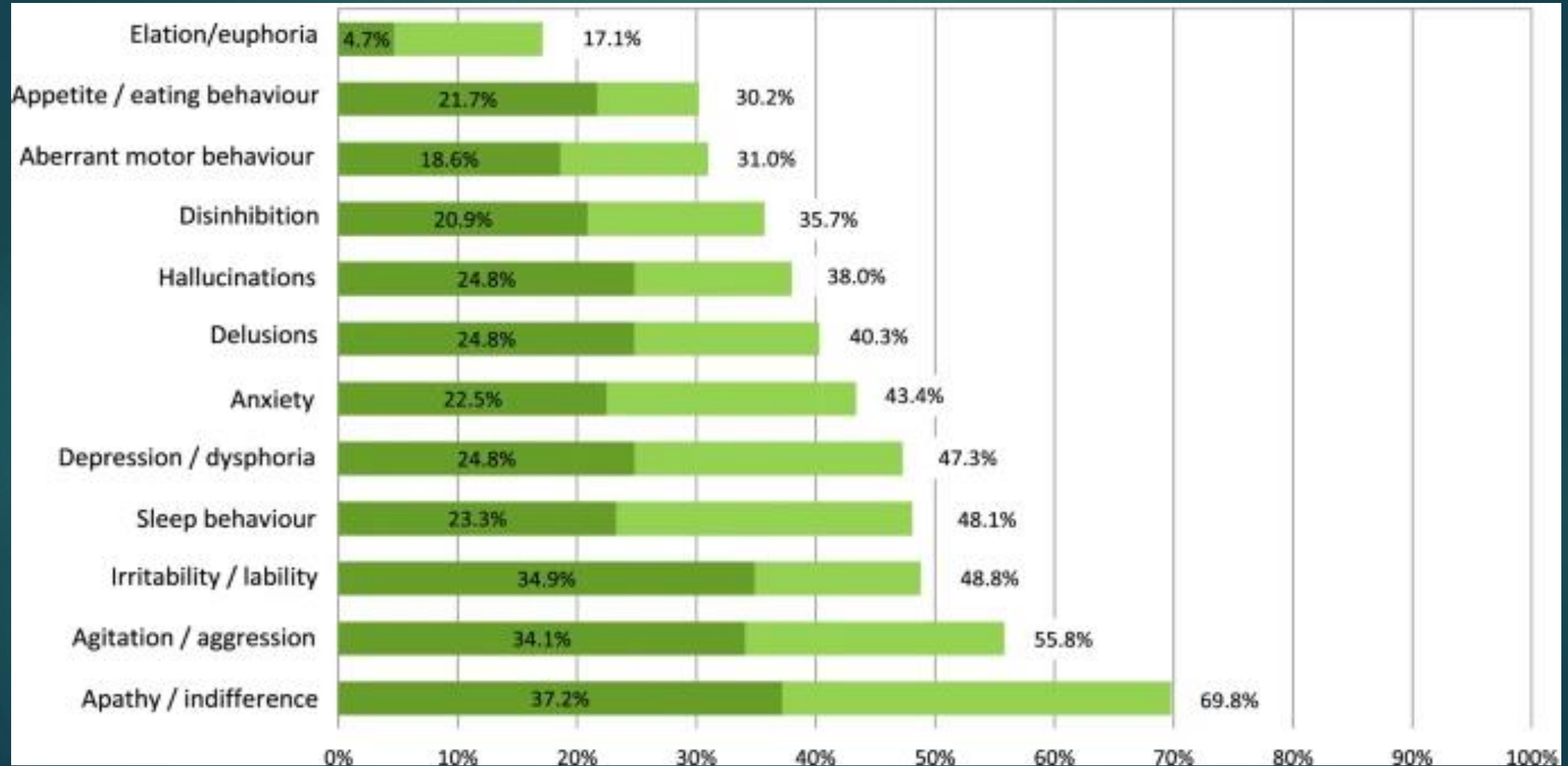
Range of distress

most common	common	less common
<ul style="list-style-type: none">•Apathy•Aggression•Wandering (aka walking)•Restlessness•Eating problems	<ul style="list-style-type: none">•Agitation•Disinhibition•Pacing•Screaming•Sundowning	<ul style="list-style-type: none">•Crying•Mannerisms

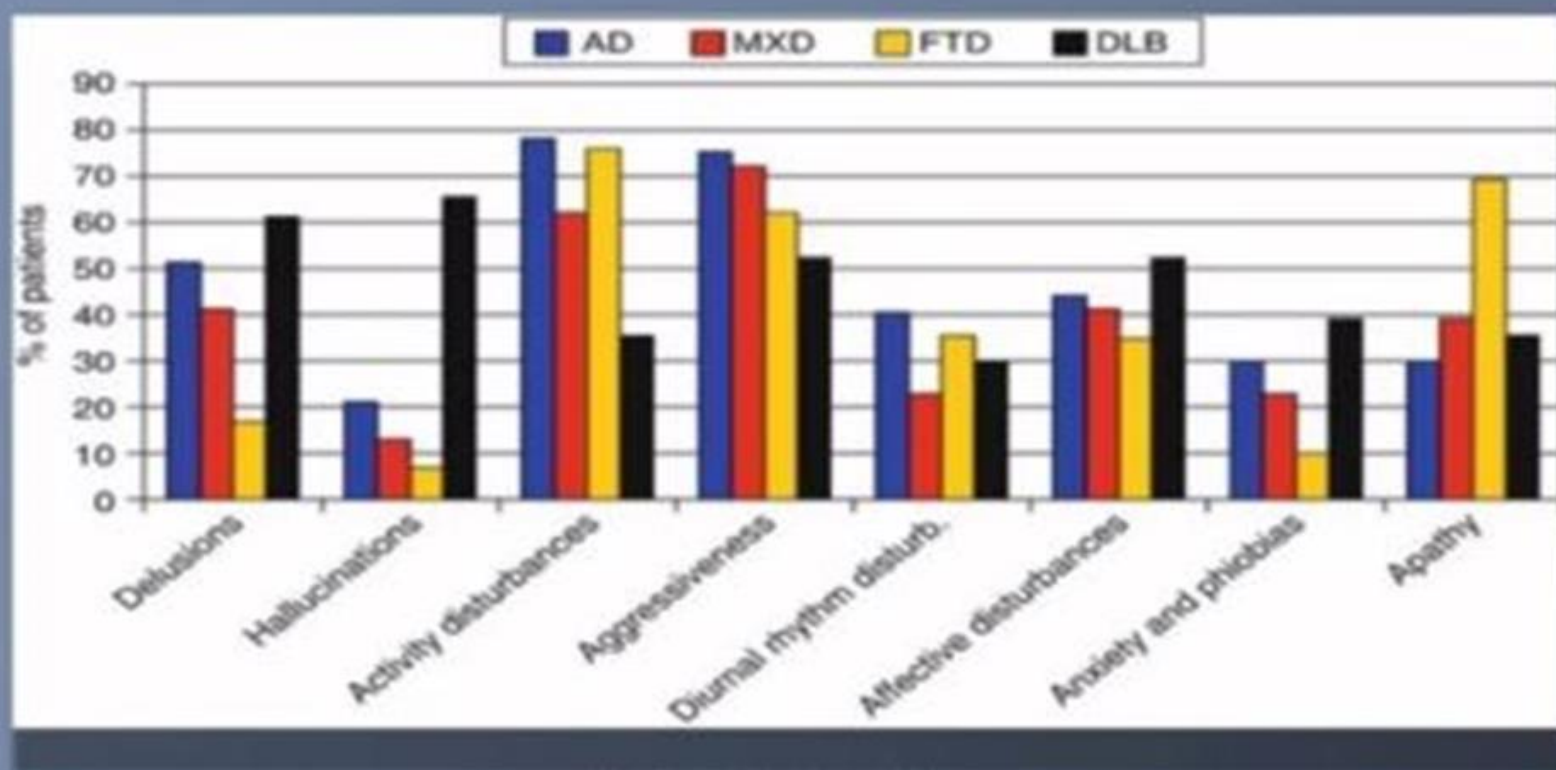
BPSD

- ▶ کدام علامت برای خانواده ها ناراحت کننده است؟ اختلال خواب و اژیتاسیون
- ▶ کدام علامت پاسخ خوبی نمی دهد؟ توهم لمس، pacing
- ▶ ۶۰ درصد در جامعه و ۸۰ درصد در مراکز نگهداری سالمندان
- ▶ در طی پنج سال اول دمانس ۹۵٪ افراد دچار آن می شوند.
- ▶ آلزایمر: افسردگی، اضطراب و سایکوز
- ▶ دمانس فرونتوتمپورال: آپاتی، تغییر عادت غذایی، اشکال در رفتار خوردن، رفتار بچگانه و رفتارهای جنسی
- ▶ لویی بادی: توهم بخصوص بینایی
- ▶ عروقی: افسردگی، آپاتی و سایکوز که البته شیوع آن کم است. عروق کوچک: افسردگی عروق بزرگ: بی قراری
- ▶ ساب کورتیکال: افسردگی با کندی

Light bars represent the prevalence of total symptoms, and dark bars the prevalence of clinically significant symptoms



BPSD: Dementia Types



BPSD increases:

- **Caregiver stress**
- **Hospital Stay**
- **Polypharmacy**
- **Placement in long term care centers**
- **The impact on quality of life for patients and the caregiver**
- **Cost**

Alzheimer's disease and behavioral changes

مرحله خفیف: اضطراب و افسردگی، آباتی؟
متوسط: ناآرامی و بی قراری، هذیان و توهمات، پرخاشگری
شدید: کشتی شکسته به گل نشسته (در ساحل است) که شدت علایم شدیداً کاسته می شود.
با ترمینولوژی خانواده به چاه نیفتیم. (لوس شده، تنبل شده، لجبازی می کنه)
اگر الگوی مراحل شناختی با مراحل BPSD هماهنگی نداشته باشد آلزایمر نیست. (از
FAST پیروی نمی کند)

افتراق افسردگی از آپاتی: برای افتراق آلزایمر از فرونتو تمپورال
اگر کارهای شخصی را انجام می دهد و بسیار پرخاشگر است و هذیان دارد: الزایمر نیست.
اگر الگوی شناختی و رفتاری متناسب نباشد هشدار است. $MCI=MBI$
وجود MCI همراه با MBI عامل خطر برای ابتلا به آلزایمر است.
رزرو مغزی فاکتور خطر ساز برای $BPSD$ است.

Risk factor of change MCI to AD

- ▶ 1-vascular
- ▶ 2-Age
- ▶ 3-Amnestic MCI
- ▶ 4-sever Head trauma
- ▶ 5-BPSD

چرا علایم BPSD در آدم های مختلف متفاوت است؟

در اکثر از موارد علایم روانی به PREMORBID PERSONALITY فرد پرمیگردد.
حتما قبل از سالمندی مشکل روانی را حل کنیم.

Neuroticism: depression

Agreeableness: anx/apathy

Bad event: dep

FH OF ps

مردان: تحریک پذیری، اختلال شناختی، اختلال عملکرد و مهارت

زنان: سایکوز و اضطراب

سن و عملکرد شناختی قبلی

ETIOLOGY

- ▶ **Clinical condition:** pain, infection, constipation, dehydration
- ▶ **Drug and poly pharmacy:** anticholinergic, BZD, dopaminergic
- ▶ **Psychological:** loneliness, mood dis, fear
- ▶ **Environment:** change of place, travel, sensory deficit, season

TREATMENT OF BPSD

- ▶ درد، گرسنگی، تشنگی، تهوع و بی‌آبی را مدیریت کنید.
- ▶ از پرسپکتیو بیمار به محیط اطراف نگاه کنیم.
- ▶ اصلاح محیط برای بهتر شدن اورینتاسیون مفید است.
- ▶ شرایط طبی زمینه‌ای را ارزیابی کنیم.
- ▶ استفاده از واکر برای اینکه بیمار ننشیند.
- ▶ شنوایی و بینایی را بهتر کنیم.
- ▶ همیشه برای دلیریوم دنبال علت طبی بگردیم.
- ▶ لازم نیست برای همه علائم دارو بدهیم.
- ▶ داروها و ویتامین‌های غیر ضروری را قطع کنیم (زینک و آهن و فولات مفید است).
- ▶ در هر مقطع زمانی یک دارو شروع شود.
- ▶ دوز دمانس نصف دوز سالمندی است.
- ▶ هرگز آنتی‌سایکوتیک خط اول درمان نیست.

TREATMENT OF BPSD

- ▶ انتخاب اول بجز در بیماران دوقطبی SSRI است.
- ▶ سرتالین ۵۰-۱۵۰ میلی از همه بی خطرتر است.
- ▶ می توانیم نورتریپتیلین ۲۵-۱۰۰ میلی بدهیم.
- ▶ اس سیتالوپرام برای خواب خوب است.
- ▶ داروها را BED TIME ندهیم.
- ▶ میرتازاپین ۷/۵ تا ۳۰ میلی ضد افسردگی خوب بخصوص در افراد با اختلال خواب است.
- ▶ ترازدون داروی خیلی خوب برای بی قراری و بی خوابی است.
- ▶ گاباپنتین از ۱۰۰ میلی و افزایش هر هفته برای خواب و درد و بی قراری و پرخاشگری مفید است.
- ▶ برای علائم شبه مانیا: لاموتریزین خط اول ترکیب دوز پایین والپروات و گاباپنتین و در نهایت آنتی سایکوتیک آتیپیک
- ▶ زولپیدم اختلال شناختی و توهم می دهد که در صورت لزوم حداکثر ده میلی برای مردان و پنج میلی برای زنان توصیه می گردد.

SHORT TERM ANTI PSYCHOTIC USE

- ▶ Psychotic symptom
- ▶ persistence aggression
- ▶ Persistence agitation
- ▶ در بیماران دمانس خطر تاردیو دیسکینزی ۳۰-۴۰ برابر است.
- ▶ برای سایکوز مربوط به دمانس دوز کم لازم است و اگر به دور بالا نیاز بود اغلب بیماری روانپزشکی وجود دارد.
- ▶ دو داروی آنتی سایکوتیک تیپیک هالوپریدول نیم تا سه میلی و پرفنازین دو تا دوازده را می توان در نظر داشت.
- ▶ در صورت عدم پاسخ به دارو ect توصیه می شود.

TABLE 2**Pharmacotherapeutic agents for behavioral and psychological symptoms of dementia**

Medication	Dose (daily)	Adverse effects
Antidepressants		
Citalopram	5 - 20 mg	Dry mouth, falls, headache, GI symptoms, sedation, sexual dysfunction
Paroxetine	5 - 40 mg	
Sertraline	25 - 100 mg	
Trazodone	25 - 300 mg	
Antipsychotics		
Aripiprazole	2.5 - 10 mg	Cerebrovascular events, death, extrapyramidal symptoms, falls, metabolic syndrome, neuroleptic malignant syndrome, QTc prolongation, sedation, sexual dysfunction
Olanzapine	2.5 - 10 mg	
Risperidone	0.25 - 2 mg	
Quetiapine	25 - 200 mg	
Cholinesterase inhibitors		
Donepezil	5 - 10 mg	Bradycardia, confusion, GI symptoms, sedation
Galantamine	4 - 24 mg	
Rivastigmine	1.5 - 12 mg or 4.6- to 9.5-mg patch	
Memantine	7 - 28 mg	Confusion, sedation
Mood stabilizers		
Carbamazepine	100 - 400 mg	Confusion, falls, hyperammonemia, liver dysfunction, sedation, thrombocytopenia
Valproic acid	125 - 1000 mg	

با تشکر از توجه شما