

Behavioral and Psychological symptoms of Dementia (BPSD)

Papan Thaipsisuttikul





Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia

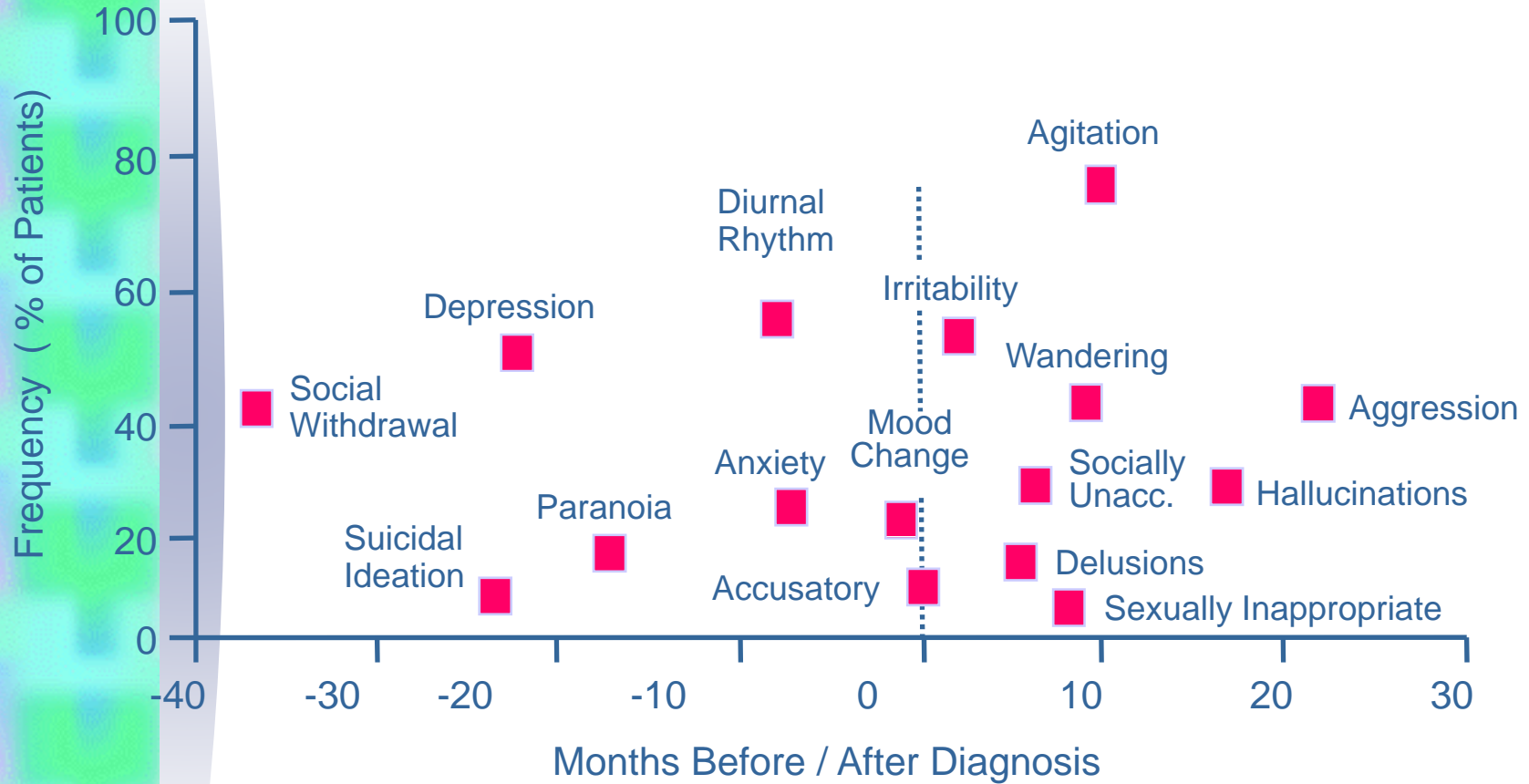
Behavioral symptoms

- Usually identified on the basis of observation :
 - Physical aggression
 - Screaming
 - Restlessness
 - Agitation
 - Wandering
 - Culturally inappropriate behaviors
 - Sexual disinhibition
 - Hoarding
 - Cursing
 - Shadowing

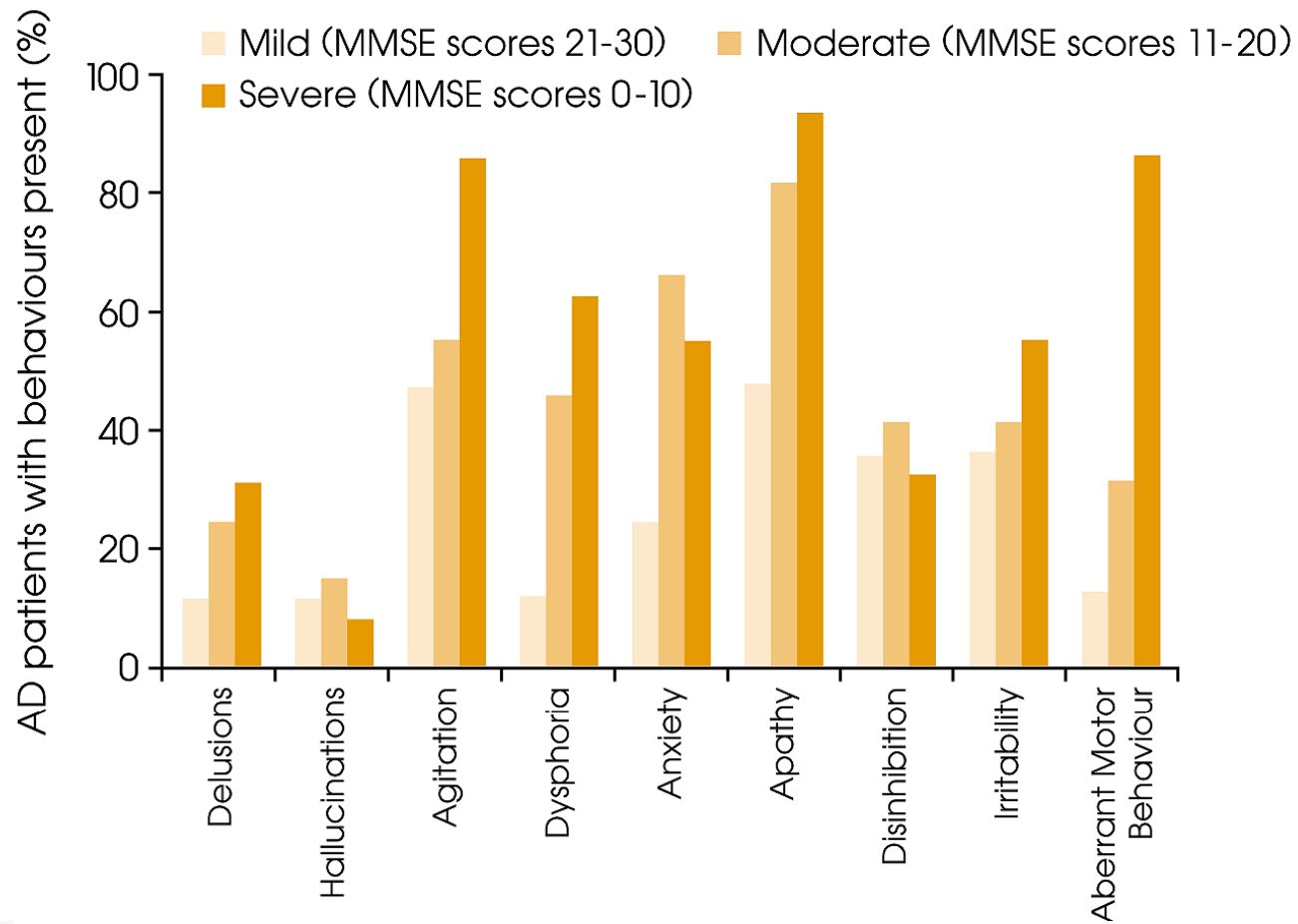
Psychological symptoms

- Usually and mainly assessed on the basis of interviews with patients and family :
 - Depressive mood
 - Anxiety
 - Hallucinations
 - Delusions

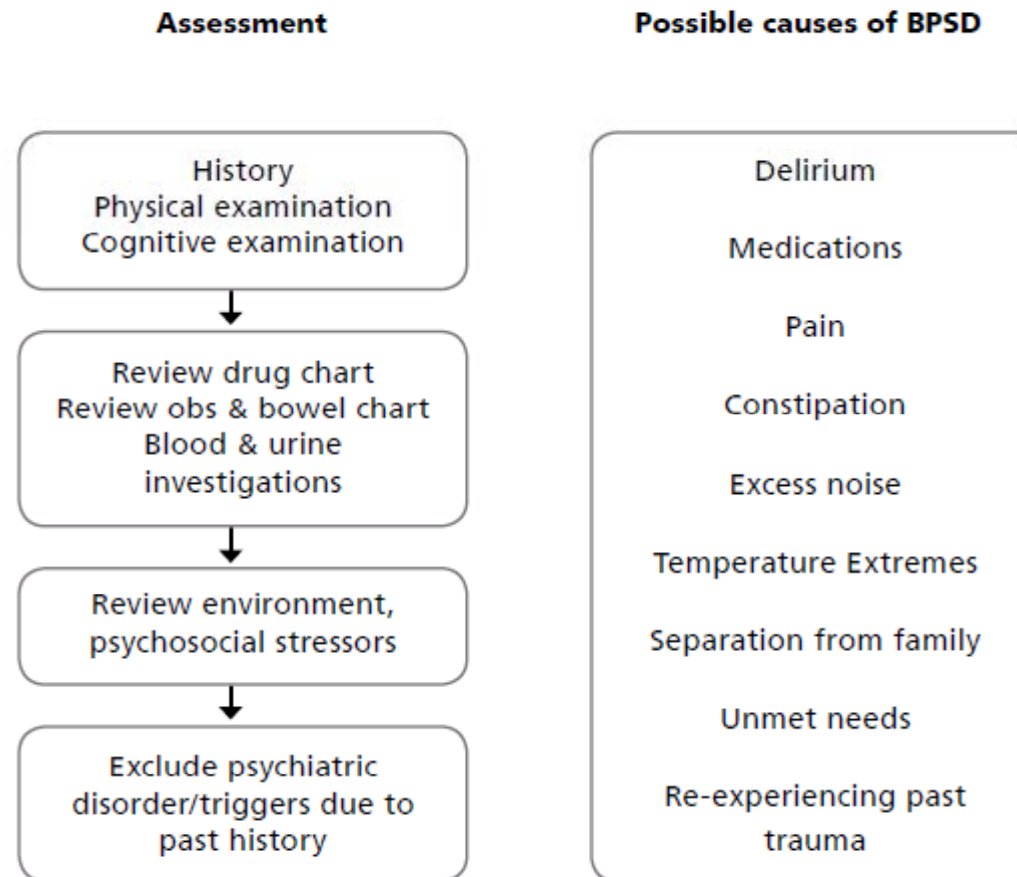
Peak Frequency of Behavioral Symptoms as AD Progresses



Presence of BPSD in patients with AD according to severity of disease



Assessment of BPSD



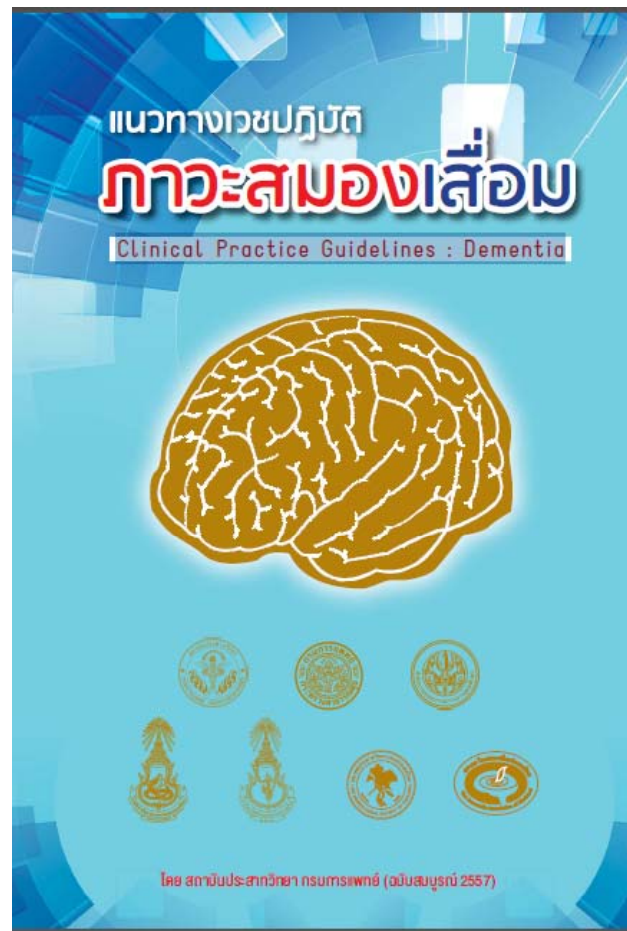
Assessment and Management of People with Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD), the NSW Ministry of Health and the Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists May 2013



Management of BPSD

- **Non-pharmacological management first!**
- **Pharmacological management if:**
 - * **Harm to self**
 - * **Harm to others**
 - * **Unable to manage care**

Clinical Practice Guidelines in Thailand

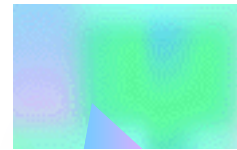


ตารางที่ 17 ยารักษาโรคซึมเศร้า (antidepressants)

น้ำหนัก คำแนะนำ	ยา	ขนาดที่เริ่ม (มก.)	ขนาดต่อวัน (มก.)	ผลข้างเคียงที่สำคัญ ของกลุ่ม	คำแนะนำ พิเศษ	ระดับ สถานพยาบาล ที่แนะนำ
กลุ่ม SSRIs						
++	Sertraline	50	50-200	คลื่นไส้ อาเจียน ปัญหาทางเพศ (หลังเช้า)	ไม่ควรให้ก่อนนอน อาจทำให้ผู้ป่วยตื่นตัวได้	1-1 ⁷³
++	Escitalopram	10	10-20	คลื่นไส้ อาเจียน ปัญหาทางเพศ (หลังเช้า)		S, T
+	Fluoxetine	10	20-40	คลื่นไส้ อาเจียน ปัญหาทางเพศ (หลังเช้า) ระวังปฏิกิริยาระหว่างกันของยา		1-1 ⁷³
						S, T
กลุ่ม Antidepressants อื่นๆ						
+	Mirtazapine	7.5	15-30	ง่วง ซึม น้ำหนักขึ้น	ใช้เป็นยานอนหลับได้	2-3 ⁷⁷⁻⁷⁹
						S, T
+/-	Venlafaxine	37.5	75-150	เบื่ออาหาร คลื่นไส้	อาจเกิดความดันโลหิตสูง	1-2 ^{75,76}
						S, T
+/-	Nortriptyline	10	10-50	Anticholinergic, effect sedation	ระวังในผู้ป่วยโรคหัวใจ ความดันโลหิตต่ำ	2-3 ⁷²
						P, S, T

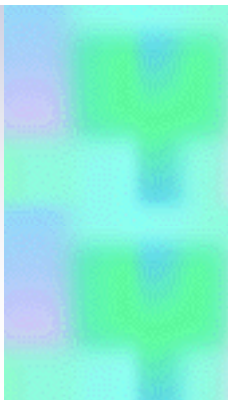
ตารางที่ 18 ยารักษาโรคจิต (antipsychotics)⁸⁰⁻⁹⁹

น้ำหนัก คำแนะนำ	ยา	ขนาดที่เริ่ม (มก.)	ขนาดต่อวัน (มก.)	ผลข้างเคียงที่สำคัญ ของกลุ่ม	คำแนะนำ พิเศษ	ระดับ สถานพยาบาล ที่แนะนำ
กลุ่ม Conventional Antipsychotic *						
+	Haloperidol*	0.25-0.5	0.5-2.0	Extrapyramidal side effect (พบบ่อยและรุนแรง), fall, Sedation	ห้ามใช้ในผู้ป่วย DLB, PDD, FTD ให้ใช้ในขนาดต่ำที่สุดและระยะเวลาสั้นที่สุด	1-1 P, S, T
กลุ่ม Atypical Antipsychotic						
+	Olanzapine*	2.5	5	Extrapyramidal side effect (high dose), sedation	น้ำหนักเพิ่มขึ้น	1-1 S, T
+	Quetiapine*	12.5	25-100	Sedation, dizziness, Orthostatic hypotension		1-1 S, T
+	Risperidone*	0.25	0.5-2	Extrapyramidal side effects, sedation		1-1 S, T
+	Aripiprazole*	1.25	1.25-5	Extrapyramidal side effects, sedation		1-1 S, T
+/-	Clozapine*/**	6.25-12.5	25-100	Agranulocytosis, sedation, drooling, anticholinergic (เมื่อใช้ในขนาดสูง)	ใช้เฉพาะในผู้ป่วย PDD เท่านั้น ต้องเจาะเลือด CBC ทุก 1-2 สัปดาห์ เพื่อเฝ้าระวังภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ	1-1 T



ตารางที่ 19 ยานอนหลับที่แนะนำให้ใช้ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

น้ำหนัก คำแนะนำ	ยา	ขนาดที่เริ่ม (มก.)	ขนาดต่อวัน (มก.)	ผลข้างเคียงที่สำคัญ ของกลุ่ม	คำแนะนำ พิเศษ	ระดับ สถานพยาบาล ที่แนะนำ
กลุ่ม antidepressant						
+	Trazodone	25	50-100	Priapism, orthostatic hypotension		2-3 ^{100,101} S,T
+	Mirtazapine	7.5	7.5-15	ง่วง ซึม น้ำหนักขึ้น		4-1 ^{102,103,5} , T
กลุ่ม sedative-hypnotics						
+/-	Lorazepam	0.5	0.5-1	Sedation ทกล้ม อาจสับสนก้าวร้าว	ไม่ควรใช้เกิน 2 สัปดาห์	4-1 ^{104,105} P, S, T



ตารางที่ 20 ยาควบคุมอารมณ์ (Mood stabilizer) ที่แนะนำให้ใช้ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

น้ำหนัก คำแนะนำ	ยา	ขนาดที่ เริ่มต้น (มก./วัน)	ขนาดสูงสุด ต่อวัน (มก./วัน)	ขนาดยาเฉลี่ย ที่อาจได้ผล (มก./วัน)	ผลข้างเคียง ที่สำคัญของยา	คำแนะนำพิเศษ	ระดับ ความสำคัญ ของหลักฐาน
+	Sodium valproate / Valproate	200	1000	400	Incoordination, Tremor, dizziness, CYP450 enzyme inhibitor/ interaction	- CBC และ Liver enzyme เป็น baseline - Glucose intolerance, weight gain, lipid	1-1 ¹⁰⁶⁻¹⁰⁹ S, T
+/-	Carbamazepine	200	800	400	Diarrhea, sedation, CYP450 enzyme inducer / interaction	- CBC และ Liver enzyme เป็น baseline - HLA-B 1502 ช่วยในการ ทำนายการเกิด Stevens- Johnson Syndrome	1-1 ¹⁰⁶⁻¹⁰⁸ S, T



ChEI role in BPSD management

- **NICE** : recommend donepezil especially for agitation/aggression.
- **SIGN** : recommend all ChEI for BPSD in AD and rivastigmine for BPSD related to DLB, PDD.
- **NSW** : All ChEI for depression/dysphoria, anxiety and apathy. Rivastigmine for VH and agitation in DLB.
- **NSW** : memantine for irritable, agitation, aggression and psychosis in AD.



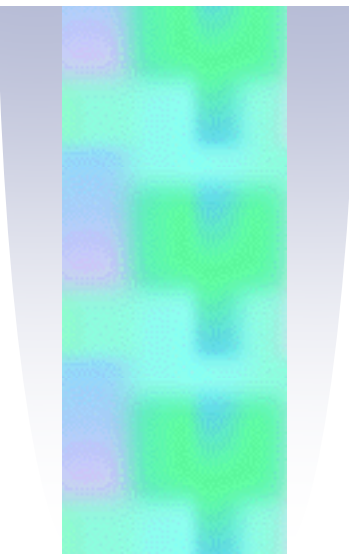
Non-pharmacological management for BPSD

- **Maintain safety**
- **Modify environments**
- **Modify activities**
- **Modify communication**
- **Use distraction technique**



ABC assessment for BPSD

Date / Time	Antecedent (what happened before the behaviour)	Behaviour (provide details)	Consequence	Re-assess/ Comment
25/12	Entered room 12 Other patient yelled to leave; Valerie yelled back.	Ongoing shouting. When nurse arrived, hit her 4 times with closed fist.	All nurses ran to aid. Doctor called. Increasing agitation Medication given.	26/12. Patient slept 12 hours. Unsteady when she woke.



Vignette

Valerie is 89 and experiences behaviour and psychological symptoms of dementia. Her searching for her husband is perceived as aimless and intrusive wandering. When confronted she becomes aggressive. Refer to page 18 for full scenario.

A = Antecedent

- Increased meaningful activity
 - Label her room clearly
 - Person centred approach and communication
- Communication board reminding Valerie that she is in hospital

ABC modifications

B = behaviour

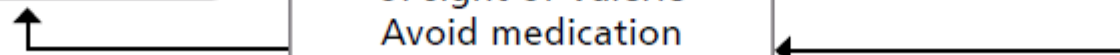
- Nurse does not try to physically intervene
- Respects Valerie's personal space and does not approach too close when agitated.
- Uses respectful tone and manner in approach

C = consequence

- Remove others from risk if required
- Back up staff wait out of sight of Valerie
Avoid medication unless situation escalates

Re-Assess

Valerie still searches for husband but calm and redirectable





Non-Pharmacological Rx for BPSD

Sensory Enhancement/ Relaxation	Social Contact: Real or Simulated	Behaviour Therapy
<ul style="list-style-type: none"> • massage and touch • individualized music • white noise • controlled multisensory stimulation (Snoezelen) • art therapy • aroma therapy 	<ul style="list-style-type: none"> • individualized social contact • pet therapy • 1:1 social interaction • simulated interactions/family videos 	<ul style="list-style-type: none"> • differential reinforcement • stimulus Control
Structured Activities	Environmental Modifications	Training and Development
<ul style="list-style-type: none"> • recreational activities • outdoor walks • physical activities 	<ul style="list-style-type: none"> • wandering areas natural/enhanced environments • reduced stimulation • light therapy 	<ul style="list-style-type: none"> • staff education (e.g.: CARE Program, P.I.E.C.E.S., proper communication) • staff support • training programs for family caregivers

