

**Behaviorální a psychologické  
(„neuropsychiatrické“)  
symptomy demence (BPSD)  
– diagnostika a možnosti léčby**

**Brno  
1.10.2009**

**MUDr. Jiří Konrád  
Psychogeriatrické odd.  
PL Havlíčkův Brod**



# **B P S D**

## **- o čem bude přednáška ?**

- 1) Co jsou to BPSD, vývoj poznání, škálování, definice, klasifikace**
- 2) Význam BPSD, prevalence**
- 3) Etiologie BPSD – biologické teorie, vlivy prostředí, medikace**
- 4) Možnosti ovlivnění BPSD, léčba**

# Úvod - klinický obraz demence

Demence není jen porucha paměti !!!

Koncepce **ABC** (J.Cummings) - demence je syndrom

❑ **A – activities**

A - Narušení běžných denních aktivit : ADL = activities of daily living

❑ **B – behavior**

Nekognitivní příznaky (BPSD), též neuropsychiatrické:  
- behaviorální příznaky  
- psychologické příznaky

❑ **C – cognition**

Kognitivní příznaky:  
- a m n é z i e  
- a f á z i e  
- a g n o z i e  
- a p r a x i e  
- e x e k u t i v n í funkce

**Demence je syndrom**

# Klinický obraz AN



# Ad 1) Co jsou to BPSD - moderní definice

- Pojem BPSD-1996 IPA

(International Psychogeriatric Association),  
„Consensus conference“

(S.Finkel, Costa e Silva, N.Sartorius and oth.)  
náhrada pojmu „poruchy chování“.

- Postihuje 70-90% pacientů v průběhu demence.

## Definice B P S D dle Consensus Conference

„Termín poruchy chování by měl být nahrazen termínem Behaviorální a Psychologické Symptomy Demence (BPSD), definovaným jako: příznaky porušeného vnímání, obsahu myšlení, nálady a chování, které se často objevují u pacientů s demencí.

Ukázalo se jako praktické rozdělit příznaky do dvou skupin – na behaviorální a psychologické



# Klasifikace BPSD

## BEHAVIORÁLNÍ

(obvykle zjišťované pozorováním pacienta)

- agresivita, křik, neklid, agitovanost, bloudění, kulturně nepřiměřené chování, sexuální desinhibice, hromadění věcí, klení, sledování, poruchy spánku, negativismus

# Klasifikace BPSD

## PSYCHOLOGICKÉ

(obvykle zjišťované rozhovorem  
s pacientem a s příbuznými):

- **anxieta, deprese, halucinace, bludy,  
paranoidita, misidentifikace**

**....(Godot syndrom)....“sundown syndrom“**



## Probuzení zájmu a škálování nekognitivní příznaků demencí - v 80.letech

- **1986** – **CMAI** – **Cohen-Mansfield Agitation Inventory, 29** („short“14) položek, (Cohen-Mansfield J. et al.)
- **1987** – **BEHAVE-AD** – **Behavioral Pathologic Rating Scale for Alzheimer Disease,** (Reisberg et al.)
- **1994** – **NPI** – **Neuropsychiatric Inventory,** 12 položek, (Cummings at al.)
- **1995** – **CERAD** – **Consortium to Establish a Registry in AD Behavioral Scale,** (Tarriot et al.)

# Škály - NPI

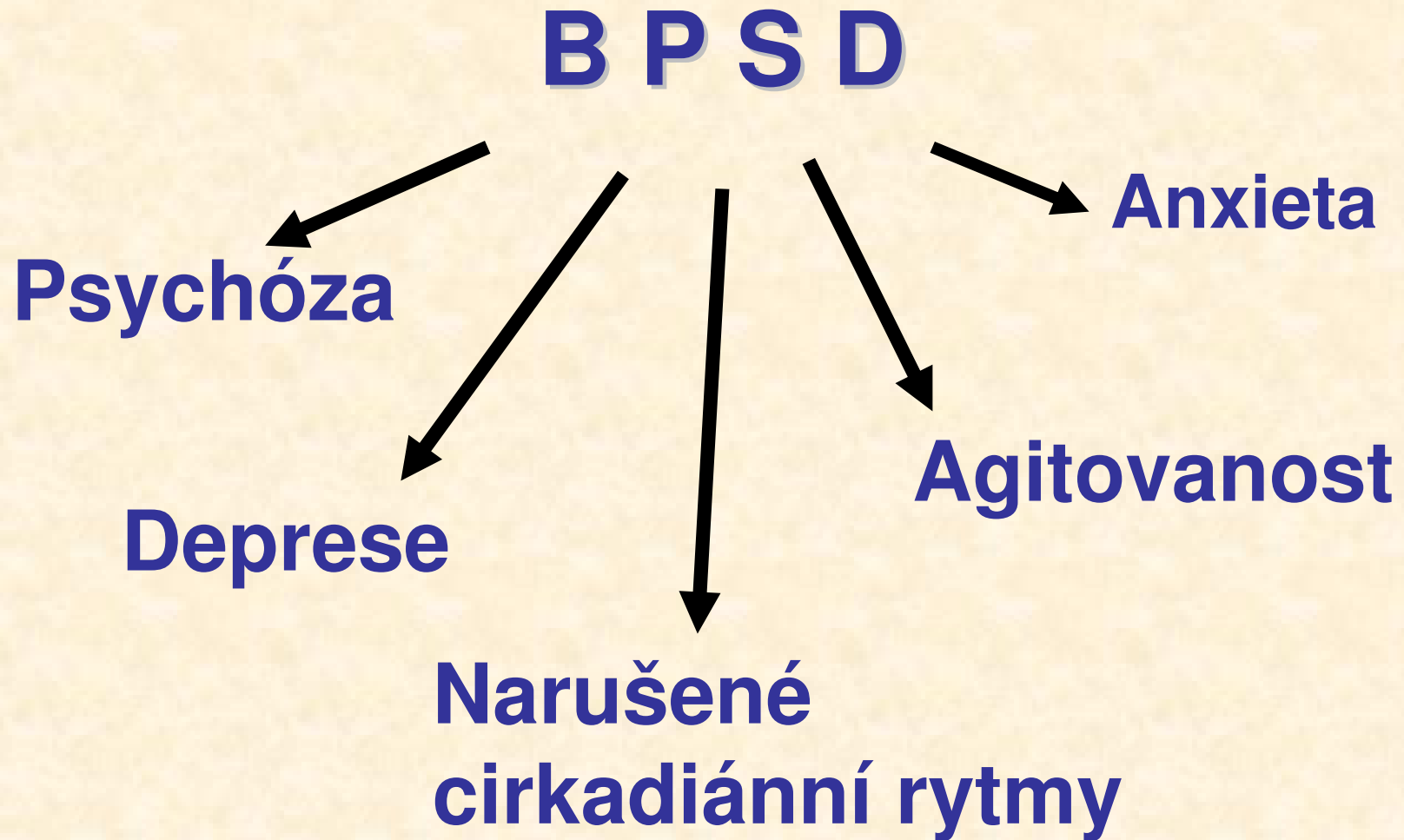
| Neuropsychiatric Inventory<br>(NPI) Cummings J.L. et al., /1994)<br>Neurology 44; 2308-14 | FREKVENCE<br>0 - nehodnotí se<br>1. zřídka, 2. občas<br>3. často, 4. velmi často | ZÁVAŽNOST<br>1. mírná<br>2. střední<br>3. těžká | CELKOVÝ<br>SKÓR<br>= frekvence<br>X závažnost |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| KATEGORIE PŘÍZNAKU                                                                        | max. 4                                                                           | max. 3                                          | max.12                                        |
| 1. BLUDY                                                                                  |                                                                                  |                                                 |                                               |
| 2. HALUCINACE                                                                             |                                                                                  |                                                 |                                               |
| 3. AGITOVANOST                                                                            |                                                                                  |                                                 |                                               |
| 4. DEPRESE                                                                                |                                                                                  |                                                 |                                               |
| 5. ÚZKOST                                                                                 |                                                                                  |                                                 |                                               |
| 6. EUFORIE                                                                                |                                                                                  |                                                 |                                               |
| 7. APATIE                                                                                 |                                                                                  |                                                 |                                               |
| 8. DESINHIBICE (odbržděnost)                                                              |                                                                                  |                                                 |                                               |
| 9. IRITABILITA (vznětlivost)                                                              |                                                                                  |                                                 |                                               |
| 10. ABERANTNÍ (nepřiměřené) MOTORICKÉ<br>PROJEVY                                          |                                                                                  |                                                 |                                               |
| 11. NOČNÍ PORUCHY CHOVÁNÍ                                                                 |                                                                                  |                                                 |                                               |
| 12. PORUCHY APETITU A PŘÍJMU POTRAVY                                                      |                                                                                  |                                                 |                                               |

**Pro každou kategorii jsou 3 skóry: frekvence, závažnost a celkový skór (frekvence x závažnost). Celkový maximální skór je 144 (4 ve frekvenci násobeno 3 v závažnosti násobeno 12 kategoriemi). HODNOCENÉ OBDOBÍ - POSLEDNÍ TÝDEN. Pro zjednodušení je vypuštěno skórování zátěže pečovatele.**

## **Ad 2) Význam BPSD, prevalence**

- **Příznaky BPSD jsou většinou spojeny se zvýšenou zátěží pro nemocného i jeho pečovatele**
- **Výskyt BPSD vede k poklesu ve výkonu denních aktivit, snížení kvality života**
- **BPSD vede k časnější institucionalizaci nemocných**

# Skupiny příznaků BPSD - IPA



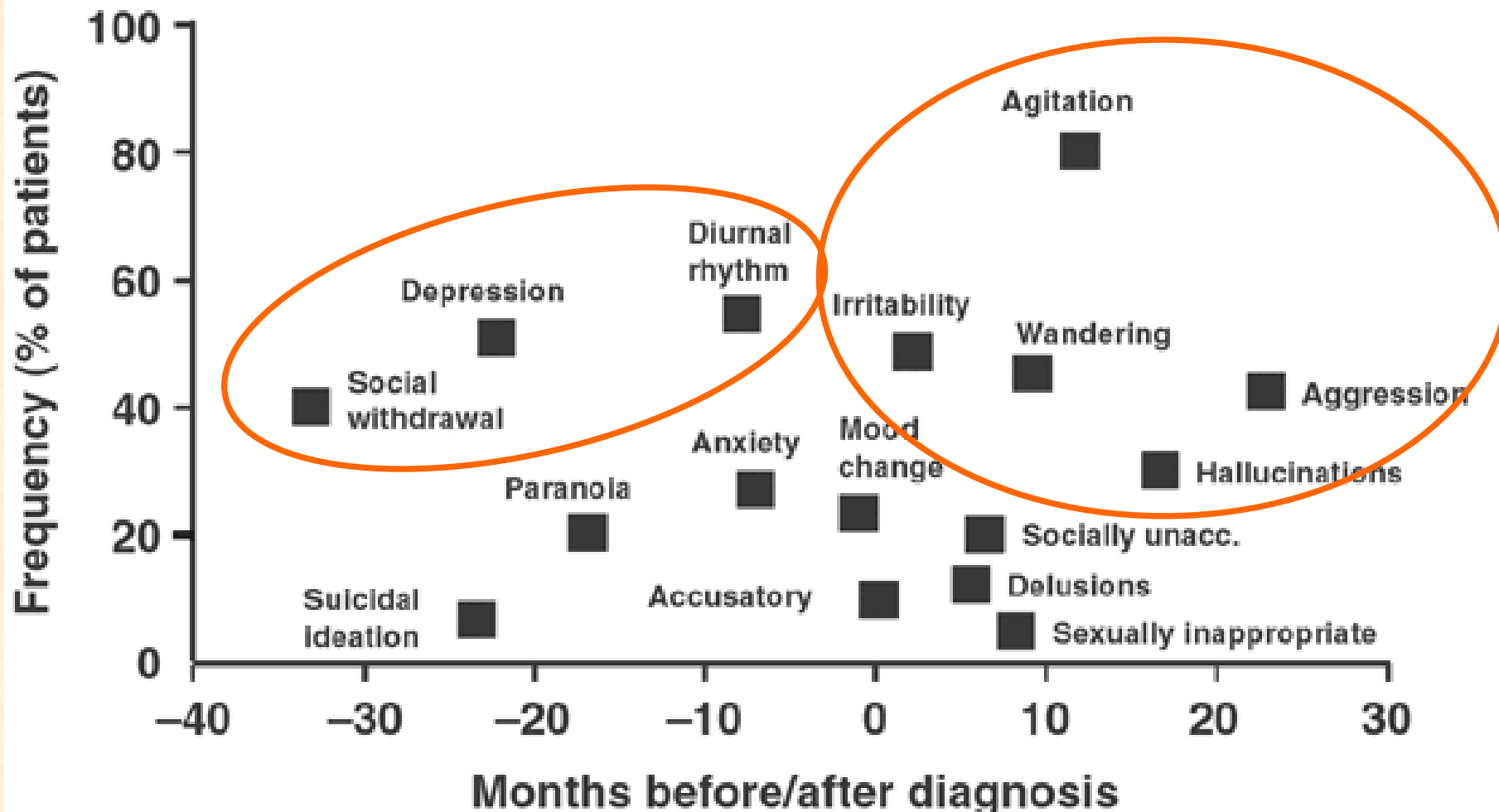
# Prevalence BPSD

- **V institucích pro dementní osoby je prevalence BPSD až 90%**
- **V průběhu nemoci se až u 90% pacientů s Alzheimerovou nemocí objeví BPSD**
- **Výskyt BPSD stoupá s progresí nemoci**
- **Podle některých studií se u pacientů s VaD vyskytuje nejčastěji deprese, u pacientů s AN bludy**
- **Vysoký výskyt u DLB - halucinace**

# Nejvyšší frekvence BPSD v 5-letém průběhu AN

Medscape®

www.medscape.com

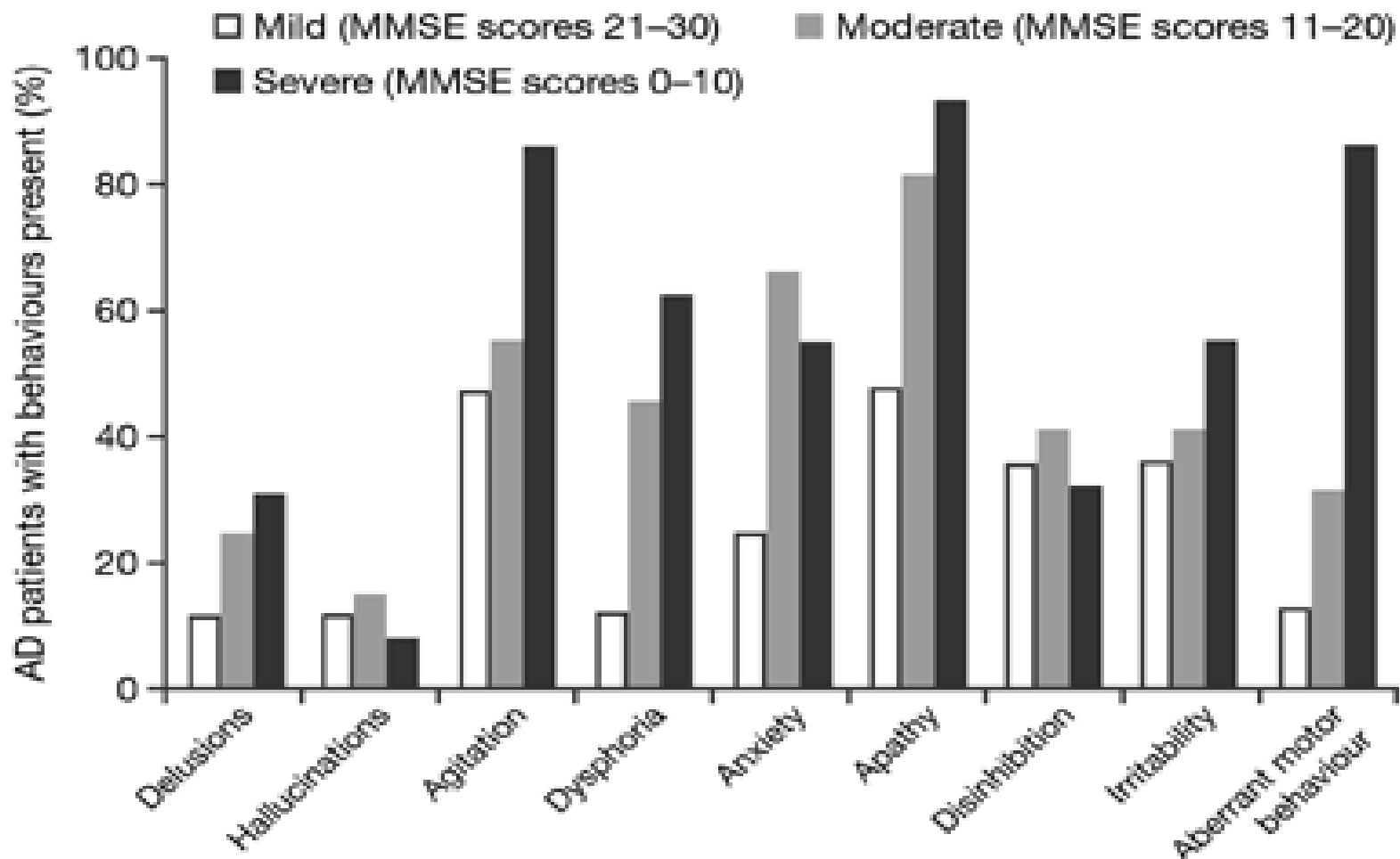


Philippe Robert, Memory Centre UEC, Centre Hospitalier universitaire de Nice, France

# Nejvyšší frekvence BPSD podle závažnosti Alzheimerovy nemoci

Medscape®

www.medscape.com



Philippe Robert, Memory Centre UEC, Centre Hospitalier universitaire de Nice, France



## **Ad 3) Etiologie BPSD**

**Vztah k BPSD mají:**

- **Genetické abnormality – *receptorový polymorfismus***
- **Změny v neurotransmitterových systémech – *cholinergní, dopaminové, norepinephrinové, serotoninové, glutamátové***
- **Neuropatologické změny mozku**
- **Poruchy cirkadiánních rytmů**
- **Změny osobnosti u demence**
- **Vlivy prostředí a sociální vlivy**

# **Etiologie BPSD – cholinergní systémy**

- **Přerušení fronto-kortikálních okruhů při cholinergní ztrátě může vést k produkci paranoidních projevů, které odpovídají na cholinergní léčbu (Cummings a Masterman 1998)**
- **Amygdala a limbický syst. mají vztah k BPSD – cholinergní neurony bohaté na butyrylcholinesterázu (může vysvětlit dobrý efekt rivastigminu na BPSD)**
- **Retikulární aktivační systém (spánek a probuzení) má také cholinergní aferentní dráhy, které se zdají narušeny u DLB – fluktuace pozornosti a bdělosti a poruchy REM spánku jsou obvyklé rysy nemoci**
- **Vztah mezi cholinergním poklesem a zrakovými halucinacemi u DLB byl jasně prokázán, přítomnost halucinací byla prediktorem účinku rivastigminu (DLB study, Wesnes et al.2002)**

# Etiologie BPSD

## Poruchy cirkadiálních rytmů v seniu

- **Fragmentovaný spánek s častým buzením u AN častější než u zdravých seniorů**
- **Změny ve spánkové architektuře – hlavně redukce REM spánku a spánek s pomalými vlnami**
- **Nižší expozice světlu - *degenerativní změny sítnice, očního nervu, katarakta, prostředí***
- **Denní dřímota, noční aktivita – *agitovanost, neklid, „sundown sy.“***

# Etiologie BPSD

## Vlivy prostředí a sociální vlivy

- změna prostředí, přestěhování, hospitalizace, deprivující prostředí, izolace
- nepříznivé životní události
- somatické vlivy – bolest, dehydratace, medikace
- selhávání pečovatele
  - špatné premorbidní vztahy pacient -pečovatel
  - vyčerpání pečovatele
  - časté střídání pečovatelů

## **Ad 4) Možnosti ovlivnění BPSD, léčba**

**V praxi by komplexní zhodnocení BPSD mělo zahrnovat následující kroky:**

- 1) Osvětlit přítomnost všech přítomných BPSD, i když jeden může dominovat.**
- 2) Vzít v úvahu informace a úhly pohledu jak pacienta, jeho/její rodiny nebo pečovatele.**
- 3) Identifikovat psychologické vlivy nebo vlivy prostředí, které mohou BPSD vyvolávat.**
- 4) Určit, zda je BPSD akutní nebo chronická.**

# Nefarmakologická léčba BPSD - IPA

- Úprava prostředí – zlepšení orientace, režim dne a noci, osvětlení atd. Laskavý přístup pečovatelů.
- Podpora rodiny – edukace, skupinová i individ. psychoterapie členů rodiny, denní centra ....
- Prevence a léčba komorbidity – hydratace, nutrice, cvičení
- Aktivizace – denní režim, procházky, návštěvy, pet terapie...
- Trénink kognitivních funkcí – reorientace, kreslení, zpěv, poslech hudby – „Use it or lose it“.



# **Nefarmakologická léčba BPSD**

## **výběr z literatury**

- **Senzorické intervence (stimulace nebo relaxace):  
vč. hudby, masáží/doteků, senzorické stimulace**
- **Sociální kontakty – individuální interakce, pet terapie, simulovaná přítomnost – video**
- **Behaviorální terapie – posilování, kognitivní terapie**
- **Trénink ošetrovatelského personálu**
- **Aktivity – strukturované, vycházky, cvičení**
- **Úprava prostředí – rozšíření „životního prostoru“,  
prostor pro procházení se, redukce rušivých stimulů**
- **Medicínsko – ošetrovatelské intervence – léčba světlem,  
spánková terapie, opatření proti bolesti, pomoc s  
nedoslýchavostí, odstranění omezení**



# **Nefarmakologická léčba BPSD**

## **péče o pečující**

- **Caregiver´s burden – zátěž pečovatelů:**
  - **objektivní – kontinuální ošetřování**
  - **subjektivní – emoční zátěž (deprese, anxieta, vyhoření)**
- **Programy pro pečovatele:**
  - **Informace a „case management“**
  - **Podpůrné skupiny pečujících**
  - **Pacientské skupiny s aktivitami**
  - **Přístup k profesionální asistenci**
  - **Respitní služby – domácí péče, domovinky**
  - **Intenzivní individuální, skupinová nebo rodinná terapie**

# Farmakologická léčba BPSD

Historie farmakoterapie BPSD je plná omylů  
Často s fatálními důsledky pro pacienty.

**ŽÁDNÁ JEDNOZNAČNÁ VODÍTKA  
NEEXISTUJÍ !!!**

- Opravňuje daný příznak užití farmaka a proč?
- Je příznak nebo porucha léčitelná medikací?
- Který druh medikace je nejvhodnější pro daný příznak?
- Jaké jsou předpokládané potenciální vedlejší účinky medikace ?
- Jak dlouho plánujeme medikaci podávat ?

# Farmakologická léčba BPSD

- Farmakoterapie BPSD by měla být zahájena pouze na následujících podmínkách:

- **Příznak nemá fyzikální (somatickou) příčinu**
- **příznak není důsledkem jiné podávané medikace !!! Cave POLYPRAGMAZIE !!**
- **Příznak se nepodařilo ovlivnit nebo není vhodné k ovlivnění nefarmakologickými**

**postupy** ( v USA obava z NÚ AP medikace vede k mandatorní dokumentaci použitých nefarmakologických postupů před nasazením medikace )

# Farmakologická léčba BPSD

- Léčba BPSD by měla začínat nefarmakologickými postupy
- Pokud BPSD výrazně narušují kvalitu života pacienta a pečovatele (středně těžké a těžké), měla by se farmakoterapie zahájit
- Začínat nižšími dávkami, opatrně
  - “start low, go slow“
- Antidepresiva jsou u demencí medikována nedostatečně bez ohledu na obvyklou přítomnost deprese u demence
- Kognitiva snižují výskyt BPSD u demencí

# Farmakologická léčba BPSD

## - druhy medikace a cílové příznaky

- Kognitiva – halucinace, agresivita, apatie, úzkost, poruchy spánku
- Antidepresiva, především SSRI – depresivní příznaky, iritabilita, anxieta, poruchy spánku ( také trazodon, tricyklika, mirtazapin)
- **Benzodiazepiny s krátkým poločasem** – anxieta, agitovanost, poruchy spánku
- **Antipsychotika 1., 2. generace** – psychotické příznaky, agresivita, agitovanost, poruchy spánku
- **Antikonvulziva - carbamazepin, valproát** – agitovanost, agresivita, poruchy spánku

# **Farmakologická léčba BPSD**

## **- antipsychotika 2.generace, literatura**

- **UK committee on the Safety of Medicines (CSM)** analyzovala data z randomizovaných studií a zjistila 3-násobné riziko CV AE u léčených risperidonem a olanzapinem oproti placebu, dopor. neužívat u BPSD
- **US Food and Drug Administration (FDA)** vydala v dubnu 2005 doporučení, že „atypická AP“ by neměla být používána v léčbě BPSD
- Podle řady autorů mají AP2 řadu předností v léčbě BPSD, studie, ze kterých vycházely CSM a FDA byly krátkodobé, neexistuje dostatek dat o komplikacích při použití AP1. Nová data podporující AP2



# **Farmakologická léčba BPSD**

## **kognitiva – málo závažných NÚ**

- **Donepezil – řada studií, průkaz zlepšení kognice, neprůkazný nebo malý vliv na BPSD**
- **Galantamin – rovněž řada studií, většina prokazuje zmírnění BPSD**
- **Rivastigmin – řada studií, průkazný vliv na BPSD, nejvýraznější z ICHE, zdůvodnění bloádou butyrylcholinesterázy. Náplast'ová forma.**
- **Memantin – málo dat, ale prokázané snížení agitovanosti a agresivity vůči placebu. Studie s přidáním k donepezilu – zlepšení v BPSD. Sledování v ČR – 300 pac., zlepšení v NPI**



# Farmakologická léčba BPSD

## - antipsychotika v praxi

- Risperidon, haloperidol – cave EPS, otázky dávky
- Tiaprid, melperon – bezpečná, melperon účinnější, cave při vyšší dávce hypotenze, EPS
- Olanzapin – cave metabolický sy. – obezita, DM, CVN
- Quetiapin – vhodný u DLB, PDD, malá potence k EPS, cave hypotenze
- Clozapin – PDD, DLB – cave dřevňový útlum, ale užívají se malé dávky 25-50mg
- (*Chlorpromazin – již není na trhu*), levopromazin – malé dávky, u některých velmi neklidných ultimum refugium
- Ostatní AP2 – sulpirid, amisupirid, ziprasidon, aripiprazol – málo zkušeností

**Předepsat pilulku je nejjednodušší.  
Měli bychom se zamyslet, nemůžeme-li raději  
některé pilulky vyškrtnout nebo udělat nějaké  
nefarmakologické opatření.**

**Děkuji  
za  
pozornost**

