

## 针对痴呆精神行为症状的照料者-症状-环境干预

刘家胜 史战明 谭小林 陈登国 周小燕 罗丽霞

【关键词】 痴呆； 精神行为症状； 照料者； 症状； 环境； 综述

doi: 10.3969/j.issn.1009-6574.2017.11.016

**Progress of the caregivers-symptoms-environmental intervention for behavioral and psychological symptoms of dementia** LIU Jia-sheng, SHI Zhan-ming, TAN Xiao-lin, et al. Chongqing Jiangbei Mental Health Center, Chongqing 401346, China

【Key words】 Dementia; Behavioral and Psychological Symptoms; Caregiver; Symptom; Environment; Review

痴呆的精神行为症状(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD)是由偏执、幻觉、妄想、焦虑、抑郁、静坐不能、无目的漫游、激越、攻击、脱抑制行为、睡眠障碍等组成的一系列突出的临床表现。1999年国际老年精神病学会将BPSD定义为“一组不同病因引起的痴呆的多种心理反应、精神症状以及难于管理的行为症状的症候群”。绝大多数痴呆患者都会出现BPSD症状,不同类型痴呆临床特征各异,国际老年精神病学学会将BPSD归纳为3组主要症状:以幻觉、妄想为主的精神症状;以抑郁、焦虑为主的情感症状;以激越、易激惹等为主的行为症状。我国解恒革等<sup>[1]</sup>通过因素分析法将BPSD分为4个亚综合征:情感和冲动、精神病性症状、心身异常和行为紊乱,发生率分别为36.5%, 28.4%, 27.4%, 15.3%。对痴呆患者BPSD的干预是目前老年精神医学的研究热点, BPSD严重影响患者和照顾者的生活质量,科学有效管理BPSD是痴呆患者照护的重点和难点,也是医院及机构管理者亟待解决的问题。研究发现,痴呆患者BPSD的发生与心血管危险因素<sup>[2]</sup>、神经心理因素<sup>[3]</sup>、环境改变<sup>[4]</sup>等因素有关。药物治疗及非药物治疗均对BPSD表现出了一定的疗效,国外BPSD非药物管理是值得借鉴的经验,目前我国还缺乏相关研究报道。

### 1 针对照料者的干预

照顾陪伴痴呆患者更多的是家属、护工或者保姆,这部分照料群体通常是缺乏痴呆及护理相关专业知识技能的,在照料过程中可能存在困难或者盲

区,技能欠缺会给照料者带来沉重的心理负担,这可能会对痴呆患者的照料水平、生活质量产生影响。系统综述显示<sup>[5]</sup>,攻击、激越、淡漠、抑郁等症状使照料者最痛苦,这也给照料者带来很多负性影响。针对照料者的干预不仅可以提高照料者的技能水平,这同时也是照料者所迫切需求的<sup>[6]</sup>。

针对照料者的干预手段主要分为技能培训、心理支持和行为指导等。技能培训主要包括讲解痴呆的相关基础知识如概念、分类、临床特征、风险因素、认知功能缺陷、药物治疗等,提高照料者对痴呆的正确认识; BPSD的神经生物学基础、表现、评估、管理治疗理念,解答照料者的困惑等;针对BPSD的非药物管理方式及其与药物治疗的关系等。心理支持主要包括认知行为心理治疗、心理健康教育等,如指导照料者宣泄负面情绪、恰当的与痴呆患者进行互动交流、正确的方式应对患者、照料者之间相互沟通交流支持、纠正不合理的认知观念,无意识思维模式等,树立自信心。行为指导则为情景模拟角色扮演、照料者在指导下与痴呆患者进行沟通交流,引导痴呆患者进行放松训练、认知功能训练、身体活动等,对具体BPSD如激越、脱抑制行为的应对、自我保护等。研究显示,通过对照料者的培训及心理干预,可以改善痴呆患者BPSD,稳定病情<sup>[7]</sup>;提高照料者的社会支持水平和生活质量<sup>[8]</sup>;处理掌控BPSD的技巧,减少直接照料痴呆患者的时间<sup>[9]</sup>;增强照料者的心理生理健康水平<sup>[10]</sup>,减轻疾病负担<sup>[11]</sup>等。目前尚未看到成熟的应用广泛的针对照料者的干预程式报告,针对照料者的干预手段不一、设置各异,高质量的随机对照研究报道相对缺乏,合理设计干预程式的进一步研究很有必要。

作者单位: 401346 重庆市江北区精神卫生中心精神科(刘家胜、史战明、陈登国); 重庆市精神卫生中心(谭小林、周小燕、罗丽霞)

通讯作者: 谭小林 Email: tanxiaolincq@sina.com

## 2 针对症状的干预

目前国内外针对BPSD报道多的非药物干预方法有物理治疗如改良电抽搐疗法、重复经颅磁刺激,有以认知/情感为导向的干预如怀旧回忆疗法、模拟存在疗法<sup>[12]</sup>、验证疗法<sup>[13]</sup>等,以感官刺激为导向的干预如针灸、音乐治疗、光照治疗、芳香治疗、抚摸治疗等,还有行为管理及动物陪伴治疗等。然而我们在临床中面临的问题是,每个痴呆患者的BPSD表现不一,严重程度也不一样,对照料者及医务工作者造成的影响也不相同。针对整个痴呆群体进行无差别干预效果可能是不一致的,有的干预可能对于患者来说会进一步加重BPSD。BPSD的亚综合征可能具有相似的神经生物学病理机制,或许可以采用相同的手段进行干预。亚综合征症状同时出现的频率更高,比孤立的研究单个行为症状更有意义,在痴呆的各个阶段其表现相对稳定<sup>[14]</sup>,因此我们按照亚综合征分类干预进行综述。

**2.1 情感和冲动** 情感和冲动包括激越、焦虑抑郁、易激惹等。痴呆患者的焦虑表现为担心、害怕、与激越相关的自主神经功能失调和运动性不安等。我国学者苗国栋<sup>[15]</sup>在前人研究的基础上,通过对激越的观察和理解,认为激越包括两方面:包括外在言语在内的躯体运动增加及内在的警醒程度增加或存在明确的紧张不安,激越的本质是急性焦虑。痴呆患者的抑郁表现为忧愁、退缩、无望等,大脑的退行性病变及家族史可能会导致抑郁,当患者出现焦虑抑郁时,他们的内心世界可能会呈现临床中不易观察到的易激惹现象。有研究者认为,攻击也是激越的一种表现形式,攻击行为的产生,也可能是由于潜在的焦虑抑郁、精神症状、未满足的需要、个体与环境的相互作用等因素引起的。情感和冲动亚综合征可能更容易发生在那些严重痴呆的、内省力严重受损、认知功能快速下降、日常生活能力差、收入低的那部分痴呆患者中,它们的出现可能与潜在的精神病性症状、疼痛不适、特殊的环境刺激等因素有关,同时也会增加照料负担、导致社会退缩、降低生活质量等。对临床工作者而言,重要的是理解这些症状产生的原因及降低或减少这些可能风险因素的出现,注意发现那些潜在的导致症状产生的可逆转因素如便秘、慢性疼痛等,掌握患者BPSD出现的症状类型、频率、发生的时间地点等,当出现激越、攻击等行为时,为安全起见,短期内进行药物干预是很有必要的。在具体干预手段上,多种研究显示均有效,或者对具体某种症状效果显著,如Meta分析显示音乐治疗对管理BPSD有效,对抑郁和行为症状改善较小,对焦虑症状改善较明显<sup>[16]</sup>,在临床应用中要注意在

播放舒缓平静音乐的同时可以考虑结合患者自身的兴趣爱好选择性播放一些他们曾经喜欢听的音乐可能效果更好一些。对于BPSD患者的激越和攻击行为,应用电休克治疗是安全有效的<sup>[17]</sup>。

**2.2 心身异常** 心身异常包括欣快、睡眠障碍和进食异常等。欣快是痴呆患者较少出现的BPSD之一,欣快给照料者等带来的压力也较小,睡眠障碍和进食异常则会给照料者带来较大的负担。回顾性研究显示<sup>[18-19]</sup>,睡眠混乱如长时间睡眠、睡眠潜伏期长、睡眠质量低等既可以影响痴呆患者BPSD的发生,也是痴呆BPSD的症状之一,相对于没有睡眠混乱的个体,在痴呆的早期阶段存在睡眠混乱的患者将会出现更多的BPSD症状如焦虑、抑郁、欣快、脱抑制等,了解引起睡眠混乱的原因也是非常重要的,疼痛、饥渴、感染等也可能引起睡眠问题。提高患者夜间睡眠质量也许可以改善他们的认知功能和BPSD。心理状态也可能会影响老年患者的睡眠质量,保持愉悦心境一定程度上也能提高患者的睡眠质量。温和的光照治疗或者户外暴露,加强身体活动,培养好的睡眠习惯均可能有助于患者睡眠。对于痴呆患者,进食和睡眠都是日常生活管理中非常重要的一部分。不同痴呆阶段的患者进食障碍表现也不一样,在痴呆早期阶段可以观察到多种形式的进食异常,在痴呆早期,患者多表现为食欲改变,中度痴呆中饮食习惯和食物偏好发生率上升,重度痴呆中吞咽异常则表现非常严重。在具体干预措施上,我国台湾学者对痴呆患者进行了进食程序训练、进食行为训练联合与进食相关的蒙台梭利教育法指导,研究结果显示这可以有效改善患者的进食困难及其影响<sup>[20]</sup>。在流食或者固体食物过程中,通过言语动作提示、行为积极强化及个体化辅助进食等措施,可以提高患者的进食量。另外,在明亮的用餐环境中进食,同样对患者可能是有帮助的。

**2.3 精神病性症状** 精神病性症状主要包括幻觉、妄想、淡漠等,也是经常出现的BPSD之一。痴呆患者的幻觉和妄想表明了他们感知现实世界的混乱,在临床中要注意将痴呆的精神病性症状与精神分裂症、谵妄、痴呆叠加谵妄等区分开来。针对患者的精神病性症状,如果精神病性症状引起激越、攻击或者其他安全风险时,可能首选药物干预。针对多种第二代抗精神病药物的Meta分析显示<sup>[21]</sup>,阿立哌唑和利培酮可以改善精神病性症状,减缓认知功能下降,然而其高不良反应的发生可能会抵消掉抗精神病药物的效用。相对于第二代抗精神病药物,胆碱酯酶抑制剂、盐酸美金刚可能更安全一些<sup>[22]</sup>。痴呆患者的幻觉多由潜在的危险因素如对现实世界的错

误感知、感觉剥夺、异常刺激及抑郁情绪等引起；谵妄、物质滥用及其他身体状况如感染、内分泌失调等均可能引起精神病性症状。性别、年龄、教育、痴呆或精神疾病家族史、发病年龄、病程等与痴呆精神病性症状的发生并没有直接关联，服用胆碱酯酶抑制剂史、锥体外系反应可能与精神病性症状发生相关。临床中我们也需要明白症状对患者的意义，而对痴呆患者而言，精神病性症状并不一定都是痛苦的，症状对家属/照料者造成的困扰可能要远远大于患者，故加强对家属/照料者的教育及支持是非常有必要的。精神病性症状也可以进行非药物管理，我国台湾学者在居家痴呆患者中整合了音乐治疗、定向训练、认知活动、躯体运动等进行干预，结果显示对幻觉妄想有效<sup>[23]</sup>。在非药物干预中多数研究都会用到音乐治疗，然而结果差异较大，有的显示对精神病性症状有效，有的显示作用不明显，两项针对音乐治疗的 Meta 分析显示<sup>[24-25]</sup>，音乐治疗对于其他 BPSD 的干预是有效的，对精神病性症状的效果不明显。虽然非药物干预的临床研究对精神病性症状的管理治疗支持不是很充分，进一步的探索还是有必要的，精神病性症状的发生可能是很多潜在因素共同发生作用的结果，识别这些潜在的原因对管理精神病性症状还是有一定帮助的。

**2.4 行为紊乱** 行为紊乱主要包括脱抑制、异常运动行为等。相对于其他 BPSD，脱抑制行为少见一些。脱抑制行为的发生与自知力损伤、意识降低、冲动控制能力下降等有关。引起脱抑制行为的因素有很多，包括大脑额叶病变、药物酒精滥用、谵妄、精神病性症状等。对脱抑制行为的管理也需要考虑可以进行干预的因素，发现潜在的触发因素、早期的预示线索等，如在脱抑制行为出现之前一般会表现为性暗示、不受欢迎的行为等，照料者的误解、心理等方面需求未能得到满足等均可能引起脱抑制行为。环境方面如电视机的暧昧内容、照料者的穿着可能也会引起脱抑制行为，调整装饰、服色等，同时分散他们的注意力如宠物、布娃娃等，通过活动使他们的手动起来，增加与家人照料者的积极互动，在这个过程中要避免过度反应以免增加他们的羞耻感，引导他们在恰当的时间地点进行发泄或许是可行的；行为策略更多的是用来阻止那些不恰当的行为，需要注意的是不要放太多不必要的注意在脱抑制行为上以免引起强化，同时对照料者进行教育或心理支持。对脱抑制行为而言，更多的是需要对患者进行“一对一”的管理。临床中我们也需要认识到患者行为背后的意义，如在不适当的地方小便会不会是因为患者找不到卫生间了，不恰当的性冲动行为是不是

因为患者把长期照料者当成自己的配偶了等。对脱抑制行为的管理具有挑战，进一步的探索研究很有必要。

漫游也是一种较为难以管理的行为紊乱，漫游行为的频率及持续时间与认知功能下降呈相关趋势，在痴呆晚期漫游会减弱。引起漫游的原因有很多，这可能是药物的不良反应、大脑病变、逃避潜在危险、想回归到自己家庭中、缓解焦虑抑郁情绪、疼痛不适等造成的，也可能是一种内化了的日常行为模式。漫游给照料者带来了较大的照料负担和心理压力，增加安全风险等。对漫游的管理也要加强对患者行为的理解，了解漫游的原因，尽管在很多时候这几乎是不可能的。对漫游的管理要清晰他们出现的时间、频率、持续时长等，在地面画清晰的网格图形、收起镜子等易引起患者兴奋的事物可能对减少漫游是有帮助的；再者，芳香和按摩刺激、增加室内光线，注重患者的情感需求与压力、积极与患者互动等可能都是有效的管理策略。系统综述显示，运动和音乐治疗是最可以接受的干预手段，GPS 等定位装置对照料者来说是可以接受的，但同时也容易产生伦理问题，限制自由活动是不受欢迎的<sup>[26]</sup>。

### 3 针对环境的干预

目前国内外存在部分痴呆患者照料机构，由专业人员在恰当的环境中为患者提供帮助，然而 Kok 等<sup>[27]</sup>综述文献发现，与传统的居家患者相比，在照料机构中的患者 BPSD 要更严重一些，在心理社会功能和生活质量方面要优于居家患者，导致这种差异的原因尚不得而知，还需要进一步探索。针对环境的干预，需要尽量减少杂乱，减少噪音刺激，光线要明亮柔和，提供引导标识，设置日常活动区域，制定明确的时间表，规律饮食、作息，规律日常行为活动等。环境干预效果仍需要进一步验证。

### 4 小结及展望

目前虽然 BPSD 已经定义明确了，然而不同研究者之间也是基于自己的研究对亚综合征进行定义，导致亚综合征的命名仍然存在争议，对亚综合征的分类有的是基于统计学分析得出，有的则基于理论和临床观察得出，故需要加强对亚综合征的研究。需要注意的是，BPSD 并不是一个疾病单元，这些亚综合征仅仅是一个定义而不能认同为一个诊断<sup>[28]</sup>。

BPSD 是在生物、心理、社会环境等多种因素共同作用下发生的，需要临床医生、护士、心理治疗师、照料者等联合起来共同参与管理，定期评估认知、记忆功能，同时加强干预后评估，注重患者的长期疗效。其次，注重个体化原则，管理成员之间多沟通交流，分享成功的经验案例，借鉴巴林特小组模式进行

工作。再者,早期发现先兆、注重预防,充分调动患者残余的认知能力和主观能动性,加强对患者及照料者的教育和支持,改善患者的生活自理能力,防止各种意外的发生、减少并发症。未来国内针对BPSD非药物管理的研究设计,需要重复论证实验方案,做到结果的一致性。

### 参 考 文 献

- [ 1 ] 解恒革,王鲁宁,于欣,等.老年痴呆患者精神行为症状的因子分析[J].中华精神科杂志,2005,38(4):206-209.
- [ 2 ] 江文字,吕泽平,杨泽,等.心血管危险因素与迟发性阿尔茨海默病行为和精神症状间的相关性研究[J].中国神经精神疾病杂志,2006,32(4):327-331.
- [ 3 ] Dorey JM, Padovan C, Hennaf MA, et al. A high level of neuroticism in early-stage Alzheimer's disease is associated with an increased risk of later developing behavior disorders[J]. *Alzheimers Dement (Amst)*, 2012, 8(4): 355.
- [ 4 ] Lu JH, Zhou AH, Li F, et al. Risk factors and characteristics of the recurrence of behavioral and psychological symptoms of Alzheimer's disease[J]. *J Clin Gerontol Geriatrics*, 2013, 4(4): 115-118.
- [ 5 ] Feast A, Moniz-Cook E, Stoner C, et al. A systematic review of the relationship between behavioral and psychological symptoms (BPSD) and caregiver well-being[J]. *Int Psychogeriatr*, 2016, 28(11): 1761-1774.
- [ 6 ] 王晶,张洁.老年痴呆照料者对健康教育需求的调查分析[J].中华现代护理杂志,2009,15(36):3846-3848.
- [ 7 ] Kwok T, Au A, Wong B, et al. Effectiveness of online cognitive behavioral therapy on family caregivers of people with dementia[J]. *Clin Interv Aging*, 2014, 9: 631-636.
- [ 8 ] Berwig M, Dichter MN, Albers B, et al. Feasibility and effectiveness of a telephone-based social support intervention for informal caregivers of people with dementia: Study protocol of the TALKING TIME project[J]. *BMC Health Serv Res*, 2017, 17(1): 280.
- [ 9 ] Pinquart M, Sörensen S. Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects? [J]. *Int Psychogeriatr*, 2006, 18(4): 577-595.
- [ 10 ] Burns R, Nichols LO, Martindale-Adams J, et al. Primary care interventions for dementia caregivers: 2-year outcomes from the REACH study[J]. *Gerontologist*, 2003, 43(4): 547-555.
- [ 11 ] O'Connor CM, Clemson L, Brodaty H, et al. Use of the Tailored Activities Program to reduce neuropsychiatric behaviors in dementia: an Australian protocol for a randomized trial to evaluate its effectiveness[J]. *Int Psychogeriatr*, 2014, 26(5): 857-869.
- [ 12 ] Abraha I, Rimland JM, Lozano-Montoya I, et al. Simulated presence therapy for dementia: a systematic review protocol[J]. *BMJ Open*, 2016, 6(5): e011007.
- [ 13 ] Bleathman C, Morton I. Validation therapy with the demented elderly[J]. *J Adv Nurs*, 1988, 13(4): 511-514.
- [ 14 ] Zuidema SU, de Jonghe JF, Verhey FR, et al. Neuropsychiatric symptoms in nursing home patients: factor structure invariance of the Dutch nursing home version of the neuropsychiatric inventory in different stages of dementia[J]. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 2007, 24(3): 169-176.
- [ 15 ] 苗国栋.激越:识别与处置[J].临床精神医学杂志,2016,26(6):429-430.
- [ 16 ] Ueda T, Suzukamo Y, Sato M, et al. Effects of music therapy on behavioral and psychological symptoms of dementia: a systematic review and meta-analysis[J]. *Ageing Res Rev*, 2013, 12(2): 628-641.
- [ 17 ] Ujkaj M, Davidoff DA, Seiner SJ, et al. Safety and efficacy of electroconvulsive therapy for the treatment of agitation and aggression in patients with dementia[J]. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2012, 20(1): 61-72.
- [ 18 ] Kabeshita Y, Adachi H, Matsushita M, et al. Sleep disturbances are key symptoms of very early stage Alzheimer disease with behavioral and psychological symptoms: a Japan multi-center cross-sectional study (J-BIRD) [J]. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2017, 32(2): 222-230.
- [ 19 ] Shin HY, Han HJ, Shin DJ, et al. Sleep problems associated with behavioral and psychological symptoms as well as cognitive functions in Alzheimer's disease[J]. *J Clin Neurol*, 2014, 10(3): 203-209.
- [ 20 ] Lin LC, Huang YJ, Su SG, et al. Using spaced retrieval and Montessori-based activities in improving eating ability for residents with dementia[J]. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2010, 25(10): 953-959.
- [ 21 ] Tan L, Tan L, Wang HF, et al. Efficacy and safety of atypical antipsychotic drug treatment for dementia: a systematic review and meta-analysis[J]. *Alzheimers Res Ther*, 2015, 7(1): 20-32.
- [ 22 ] Raina P, Santaguada P, Ismaila A, et al. Effectiveness of cholinesterase inhibitors and memantine for treating dementia: evidence review for a clinical practice guideline[J]. *Ann Intern Med*, 2008, 148(5): 379-397.
- [ 23 ] Chen RC, Liu CL, Lin MH, et al. Non-pharmacological treatment reducing not only behavioral symptoms, but also psychotic symptoms of older adults with dementia: a prospective cohort study in Taiwan[J]. *Geriatr Gerontol Int*, 2013, 14(2): 440-446.
- [ 24 ] Chang YS, Chu H, Yang CY, et al. The efficacy of music therapy for people with dementia: A meta-analysis of randomised controlled trials[J]. *J Clin Nurs*, 2015, 24(23/24): 3425-3440.
- [ 25 ] Ueda T, Suzukamo Y, Sato M, et al. Effects of music therapy on behavioral and psychological symptoms of dementia: a systematic review and meta-analysis[J]. *Ageing Res Rev*, 2013, 12(2): 628-641.
- [ 26 ] Robinson L, Hutchings D, Dickinson HO, et al. Effectiveness and acceptability of non-pharmacological interventions to reduce wandering in dementia: a systematic review[J]. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2007, 22(1): 9-22.
- [ 27 ] Kok JS, Berg IJ, Scherder EJ. Special Care Units and Traditional Care in Dementia: Relationship with Behavior, Cognition, Functional Status and Quality of Life-A Review[J]. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*, 2013, 3(1): 360-375.
- [ 28 ] 于恩彦.阿尔茨海默病精神行为症状的鉴别诊断进展[J].神经疾病与精神卫生,2016,16(1):1-4.

(收稿日期:2017-10-14)