



علائم روانی رفتاری دمانس

(Behavioral and psychological symptoms of dementia)

دکتر لیلا کوتی

گروه داروسازی بالینی دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

مقدمه

اختلالات خواب هستند. یک یا چند مورد از این علائم در ۶۰-۹۰ درصد از بیماران مبتلا به دمانس مشاهده می‌شوند و شیوع آن با شدت بیماری افزایش می‌یابد. وجود علائم روانی رفتاری منجر به ناتوانی عملکردی، بیشتر در بیماران مبتلا به دمانس و اختلال شناختی مشاهده می‌شود. این رفتارها اغلب منجر به تسریع یا الزام بستری در خانه سالمندان می‌گردند.

علائم روانی رفتاری در بیماری آلزایمر و سایر انواع دمانس بسیار شایع بوده و اغلب از علائم شناختی آزاردهنده‌تر می‌باشند. در این مقاله، علل و درمان اختلالات رفتاری و سایر علائم روانی رفتاری مرتبط با دمانس مورد بررسی قرار می‌گیرد. این علائم شامل بی‌قراری، پرخاشگری، هذیان، توهم، پارانوئیا، پرسه‌زنی، افسردگی، بی‌تفاوتی و

ارزیابی علایم

غربالگری برای بی‌قراری و سایر علایم روانی رفتاری در بیماران مبتلا به دمانس باید به صورت منظم انجام گیرد.

اختلالات رفتاری معمولاً در اواخر بعدازظهر یا عصر به اوج می‌رسند، پدیده‌ای که اغلب به‌عنوان «سندروم غروب» شناخته می‌شود. سندروم غروب تا دو سوم بیماران مبتلا به دمانس را درگیر می‌کند و ارتباط نزدیکی با اختلال در چرخه شبانه‌روزی دارد. عوامل خطر شامل قرار نگرفتن کافی در معرض نور روز و اختلالات خواب هستند. اختلالات خواب در دمانس شایع می‌باشند و هم به صورت تظاهر اختلال BPSD و هم عامل تشدیدکننده آن می‌باشند.

هذیان (Delusion) در بیماران مبتلا به دمانس شایع بوده و شیوع آن در بیماران با آلزایمر شدید حدود ۳۰ درصد گزارش شده است. هذیان‌های پارانوئید به‌ویژه برای بیمار یا مراقبان وی می‌توانند بسیار آزاردهنده باشند.

توهمات (Hallucination) کمتر از هذیان‌ها رخ می‌دهند. وجود توهمات بینایی در اوایل سیر بیماری دمانس، مطرح‌کننده دمانس لوی‌بادی می‌باشد.

درد نیز می‌تواند موجب بروز علایم روانی رفتاری گردد، درد در بیماران مبتلا به دمانس می‌تواند منجر به بی‌قراری، پرخاشگری و افسردگی گردد. پرسش در خصوص درد و مشاهده وضعیت جسمانی و

حالات چهره بیمار، برای مداخلات درمانی مناسب و مؤثر ضروری است. بیمارانی که درد را تجربه کرده‌اند، در مقایسه با بیمارانی که درد نداشتند، حدود ۲۵ درصد بیشتر دچار BPSD می‌شوند و نیز در ۳۴ درصد از موارد، علایم شدیدتری را خواهند داشت.

بی‌قراری یا پرخاشگری

در بسیاری از بیماران مبتلا به دمانس، تغییرات رفتاری حاد و یک باره می‌توانند نشان‌دهنده عفونت جدید یا مسمومیت دارویی باشند. همچنین بی‌قراری می‌تواند ناشی از درد، ترس، سردرگمی یا خواب ناکافی باشد. در هنگام بروز علایم جدید و یا تشدید علایم باید علل زمینه‌ای و احتمال عفونت حتماً بررسی شوند.

مسمومیت دارویی یکی از علل شایع بروز اختلالات روانی رفتاری در بیماران مبتلا به دمانس است. این امر به‌ویژه در خصوص عوارض داروهای آنتی‌کولینرژیک مصرفی در سالمندان برای بی‌اختیاری ادرار یا سایر بیماری‌ها باید در نظر گرفته شود. بهتر است از مصرف بنزودیازپین‌ها و سایر داروهای خواب‌آور یا آرام‌بخش در بیماران مبتلا به دمانس اجتناب گردد، زیرا خطر بروز اثرات شناختی نامطلوب و سایر عوارض وجود دارند. دلیریوم یک وضعیت ذهنی حاد به‌صورت بروز گیجی و اختلال در توجه و رفتار است که ظرف مدت زمان کوتاهی بروز می‌کند و اغلب در طول روز نوسان دارد. وجود بیماری

مناسب و فوایدشان برای عملکرد شناختی، در بیماران دارای علایم روانی رفتاری و دمانس خفیف تا متوسط توصیه می‌شوند. بیماران مبتلا به دمانس لوی بادی ممکن است پاسخ بهتری به مهارکننده‌های کولین‌استراز نسبت به بیماران مبتلا به آلزایمر داشته باشند.

داروهای ضدافسردگی: مهارکننده‌های بازجذب سروتونین (SSRIs)، به‌ویژه سیتالوپرام (۱۰ تا ۲۰ میلی‌گرم روزانه)، در درمان بی‌قراری و سوظن در بیماران مبتلا به آلزایمر مفید هستند، زیرا علایم بی‌قراری و پرخاشگری اغلب ناشی از اختلالات خلقی هستند که به صورت مناسب توسط بیمار اظهار نشده‌اند. یک داروی جایگزین برای داروهای SSRI، ترازودون (با دوز اولیه ۲۵ میلی‌گرم هنگام خواب) است که سالمندان به آن تحمل خوبی دارند و برای اختلالات خواب در بیماران مبتلا به دمانس نیز استفاده می‌شود.

از سیتالوپرام باید در بیماران با خطر بالای آریتمی (مانند سندرم QT طولانی مادرزادی، هیپوکالمی، هیپومینیمی یا بیماری فعال قلبی) اجتناب شود و باید در بیماران که QT اصلاح‌شده بالاتر از ۵۰۰ میلی‌ثانیه به صورت مداوم دارند، قطع گردد. در برخی موارد پزشکان در چند هفته اول شروع درمان با سیتالوپرام و تا بروز اثرات درمانی آن، یک داروی آنتی‌سایکوتیک مانند کوئتیاپین را نیز برای بیمار آغاز می‌کنند.

دیگری به صورت همزمان (به‌ویژه عفونت ادراری یا پنومونی) و سایر علل دلیریوم باید در زمان بروز اختلالات رفتاری جدید در بیماران مبتلا به دمانس و یا تشدید علایم به صورت ناگهانی در نظر گرفته شوند.

مدیریت درمان اولیه

راهکارهای درمانی مختلفی برای مدیریت بی‌قراری در دمانس وجود دارند، رویکرد فعال، شامل شناسایی و درمان زودهنگام علایم خفیف همراه با آموزش و همکاری بین ارایه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، بیماران، مراقبان و سازمان‌های اجتماعی در زمینه رویکردهای غیردارویی فردمحور، می‌تواند بیشترین سود را داشته و از مصرف بیش از حد داروهای آنتی‌سایکوتیک جلوگیری کند. مراقبان سالمندان مبتلا به دمانس باید در زمینه راهکارهای غیردارویی شامل تغییر جهت توجه، ایجاد نظم روزمره در فعالیت‌ها و ارایه پاسخ‌های آرام و اطمینان‌بخش هنگام اضطراب بیمار آموزش ببینند. انواع دیگر این درمان‌ها عبارتند از: رفتاردرمانی، آروماتراپی، ورزش، موسیقی‌درمانی، ماساژ و درمان لمسی و نوردرمانی.

درمان‌های دارویی

داروهای آنتی‌دمانس: اگرچه شواهد اثربخشی این داروها در درمان علایم روانی رفتاری دمانس قوی نیستند، داروهای مهارکننده‌های کولین‌استراز به دلیل تحمل

داروهای با فواید نامشخص: تعدادی از داروهای ضد تشنج (کاربامازپین، والپروات، گاباپنتین، لاموتریژین) به دلیل خواص تثبیت کننده خلق برای درمان علائم روانی رفتاری در دمانس بررسی شده اند، اما شواهد کافی برای توصیه به استفاده از آنها وجود ندارند.

داروهای منع شده: بنزودیازپین ها برای درمان علائم روانی رفتاری دمانس توصیه نمی شوند. عوارض آنها شامل اشکال در راه رفتن، تحریک پارادوکسیک و احتمال وابستگی جسمی است. استفاده از بنزودیازپین باید به موقعیت های استرس زای کوتاه مانند تغییر محل زندگی یا موارد پزشکی یا درمانی اضطراب آور محدود گردد. در این موارد، داروهای با نیمه عمر کوتاه ارجح می باشند. آنتی هیستامین ها و سایر آرام بخش ها، به ویژه داروهای دارای اثرات آنتی کولینرژیک مانند دیفن هیدرامین، به دلیل بروز عوارض جانبی بالا، توصیه نمی شوند.

داروهای آنتی سایکوتیک

داروهای آنتی سایکوتیک آنتیپسیکال به عنوان داروهای انتخابی برای درمان علائم روان پریشی و بی قراری در بیماران مبتلا به دمانس استفاده شده اند. با این حال، این داروها ممکن است باعث افزایش مرگ و میر گردیده و به همین دلیل توسط سازمان غذا و داروی ایالات متحده (FDA) برای درمان اختلالات رفتاری در بیماران مبتلا به دمانس تأیید نشده اند. بنابراین، نباید این داروها

به طور معمول برای درمان علائم روانی رفتاری دمانس تجویز شوند.

با توجه به خطر افزایش مرگ و میر مرتبط با مصرف داروهای آنتی سایکوتیک آنتیپسیکال در سالمندان مبتلا به دمانس، پزشکان باید مصرف این داروها را برای بیمارانی که دارای علائم روانی رفتاری شدید، ناتوان کننده یا تهدید کننده امنیت هستند (به ویژه روان پریشی) محدود کنند. مصرف داروهای آنتی سایکوتیک به منظور درمان علائم روانی رفتاری دمانس با افزایش خطر بروز سکتة مغزی، سکتة قلبی و مرگ همراه بوده و به ویژه در بیمارانی که بیماری عروقی دارند، این احتمال بالاتر می باشد. مکانیسم این عوارض به طور قطعی مشخص نشده است. همچنین این داروها ممکن است موجب افزایش وزن، هیپرانسولینمی و دیابت شوند و بدین ترتیب خطر مشکلات قلبی - عروقی را افزایش دهند.

با توجه به عدم وجود تفاوت بارز در اثربخشی میان داروهای مختلف از این دسته، انتخاب یک داروی مشخص عمدتاً بر اساس ملاحظات مربوط به عوارض جانبی و ویژگی های فردی بیمار انجام می گیرد. به طور کلی، یکی از گزینه های زیر ترجیح داده می شود:

۱. الانزاپین را می توان با دوز ۲/۵ میلی گرم روزانه آغاز کرد و تا حداکثر ۵ میلی گرم دو بار در روز افزایش داد. به نظر می رسد این دارو می تواند در درمان علائم روانی رفتاری

بیماران مبتلا به آلزایمر یا دمانس عروقی مؤثر باشد. شیوع عوارض خارج‌هرمی در دوزهای ۵ میلی‌گرم در روز یا کمتر پایین است، اما عوارض متابولیک (مانند افزایش وزن، دیابت و هیپرکلسترولمی) ممکن است نسبت به سایر داروهای این دسته شدیدتر باشد.

۲. کوتیپاین یک گزینه جایگزین است که با دوز ۲۵ میلی‌گرم هنگام خواب آغاز می‌شود و می‌توان آن را تا حداکثر ۷۵ میلی‌گرم دو بار در روز افزایش داد.

۳. پیموانسربین یک داروی آنتی‌سایکوتیک جدید است که شواهد محدودی دال بر اثربخشی آن در این زمینه وجود دارند و معمولاً با دوز ۳۴ میلی‌گرم روزانه شروع می‌شود.

بیماران مبتلا به دمانس لوی بادی ممکن است نسبت به داروهای آنتی‌سایکوتیک حساسیت ویژه‌ای نشان دهند و دچار عوارض جانبی ایدیوسنکراتیک و تهدیدکننده حیات گردند. در این موارد باید از دوزهای بسیار پایین داروهای آنتی‌سایکوتیک (مانند کوتیپاین یا کلوزاپین) استفاده کرد. مصرف کلوزاپین نیازمند پایش منظم سلول‌های خونی به دلیل خطر آگرانولوسیتوز است. ریسپریدون و داروهای آنتی‌سایکوتیک تیبیکال نباید در بیماران مبتلا به دمانس لوی بادی به کار روند.

داروهای آنتی‌سایکوتیک تیبیکال: شواهد روشنی که نشان دهند این گروه از داروها در بیماران مبتلا به دمانس مفید هستند، وجود ندارند.

افسردگی

تشخیص افسردگی در بیمارانی که دچار اختلال شناختی هستند، پیچیده می‌باشد. در موارد دشوار، ممکن است تنها راهکار تشخیصی در دسترس، مصرف یک دوره آزمایشی داروی ضدافسردگی و ارزیابی پاسخ بیمار باشد. در این بیماران استفاده از مهارکننده‌های بازجذب سروتونین (SSRIs) ارجح است، زیرا داروهای ضدافسردگی سه‌حلقه‌ای دارای خاصیت آنتی‌کولینرژیک بوده و می‌توانند باعث بروز عوارض نامطلوب در این بیماران گردند. در این بیماران معمولاً سرتالین (با دوز شروع ۲۵ میلی‌گرم) و سیتالوپرام به کار می‌روند. سیتالوپرام ممکن است همان‌طور که پیش‌تر ذکر شد، علایم روان‌پریشی و سایر علایم رفتاری را نیز بهبود بخشد. در سالمندان، دوز سیتالوپرام نباید از ۲۰ میلی‌گرم در روز تجاوز کند. فلوکستین نیمه‌عمر طولانی‌تری دارد و تداخلات دارویی بیشتری نسبت به سایر داروهای SSRI ایجاد می‌کند و از این رو، در سالمندان انتخابی نمی‌باشد.

از آنجا که متیل فنیدات می‌تواند باعث تشدید بی‌قراری و اختلال در خواب شبانه گردد، پیشنهاد می‌شود از دوزهای بسیار پایین این دارو استفاده گردد (شروع با ۵ میلی‌گرم یک‌بار در روز در صبح، حداکثر دوز ۱۰ میلی‌گرم دو بار در روز و زمان مصرف آخرین دوز ظهر) و طی دوره‌های افزایش دوز، بیمار با دقت پایش گردد.

پرسه‌زنی (Wandering)

حواس‌پرتی و بی‌قراری می‌تواند به پرسه‌زنی منجر شود. مساله پرسه‌زنی و گم‌شدن، به دلیل خطر بالقوه آسیب جسمی یا مرگ، یکی از نگرانی‌هایی است که اغلب خانواده‌ها و مراقبان را وادار به بستری بیمار در خانه‌های سالمندان می‌کند.

رفتار جنسی نامناسب

مطالعات نشان می‌دهند که درصد قابل‌توجهی از بیماران مبتلا به دمانس (۲۵-۱۵ درصد) رفتارهای جنسی نامناسب (گفتاری و رفتاری) از خود نشان می‌دهند. این میزان شیوع به احتمال زیاد کمتر از میزان واقعی آن می‌باشد، زیرا مراقبان ممکن است از گزارش این رفتارها به پزشک خجالت بکشند. مطالعات محدودی این مشکل را بررسی کرده‌اند و تقریباً در تمام موارد، این مشکل در مردان گزارش شده و معمولاً به صورت گزارش‌های موردی بوده‌اند. برخی مطالعات محدود، اثربخشی انواعی از

پاروکستین بیشترین خاصیت آنتی‌کولینرژیک را در میان داروهای SSRI دارد و به همین دلیل ممکن است بر عملکرد شناختی تاثیر منفی داشته باشد. سایر داروهای ضدافسردگی مانند ونلافاکسین و بوپروپیون نیز ممکن است مؤثر باشند، اما در بیماری آلزایمر به‌طور گسترده مورد مطالعه قرار نگرفته‌اند. داروهای ضدافسردگی سه‌حلقه‌ای می‌توانند به‌سبب خواص آنتی‌کولینرژیک موجب تشدید گیجی شوند و به‌خوبی SSRI تحمل نمی‌شوند. در صورت نیاز قطعی به مصرف، به نورت‌تریپتیلین تحمل بهتری نسبت به آمی‌تریپتیلین وجود دارد.

بی‌تفاوتی (Apathy)

بی‌تفاوتی یک علامت شایع در دمانس است که می‌تواند با یا بدون افسردگی هم‌زمان رخ دهد. مدیریت بی‌تفاوتی چالش‌برانگیز بوده و ممکن است این علامت در اوایل سیر بیماری بروز کند و در طول زمان تداوم داشته باشد. راهکارهای غیردارویی برای کاهش این علامت به‌خوبی مطالعه نشده‌اند. مهارکننده‌های کولین‌استراز ممکن است تا حدی در بهبود بی‌تفاوتی مؤثر باشند.

اگر بی‌تفاوتی علی‌رغم درمان با مهارکننده کولین‌استراز ادامه یابد و برای بیمار یا مراقب آزاردهنده باشد، گزینه‌های دارویی شامل یک دوره آزمایشی درمانی با یک داروی ضدافسردگی و متیل فنیدات است.

داروهای روان‌پزشکی، از جمله ضدافسردگی‌ها، کولین‌استراز و نیز گاباپنتین را در این زمینه بررسی کرده‌اند. داروهای آنتی‌سایکوتیک و مهارکننده‌های

منابع

1. DeKosky ST. Management of neuropsychiatric symptoms of dementia. In UpToDate. Wolters Kluwer. 2025. Retrieved [2025], from <https://www.uptodate.com>
2. Shi T. Xu Y. Li Q. Zhu L. Jia H. Qian K. Shi S. Li X. Yin Y. Ding Y. Association between pain and behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) in older adults with dementia: a systematic review and meta-analysis. *BMC geriatrics* 2025; 25(1): 100.
3. Cummings J. Ritter A. Rothenberg K. Advances in Management of Neuropsychiatric Syndromes in Neurodegenerative Diseases. *Curr Psychiatry Rep* 2019; 21:79.
4. Savva GM. Zaccai J. Matthews FE. Prevalence, correlates and course of behavioral and psychological symptoms of dementia in the population. *Br J Psychiatry* 2009; 194:212.
5. Gitlin LN. Kales HC. Lyketsos CG. Nonpharmacologic management of behavioral symptoms in dementia. *JAMA* 2012; 308:2020.
6. Padala PR. Padala KP. Lensing SY. Methylphenidate for Apathy in Community-Dwelling Older Veterans with Mild Alzheimer's Disease: A Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Trial. *Am J Psychiatry* 2018; 175:159.
7. Potter J. Baloun W. LeDrew B. Falk J. Medications for apathy in dementia. *Can Fam Physician* 2024; 70:395.
8. Sepehry AA. Lee PE. Hsiung GY. Effect of selective serotonin reuptake inhibitors in Alzheimer's disease with comorbid depression: a meta-analysis of depression and cognitive outcomes. *Drugs Aging* 2012; 29:793.
9. Lenouvel E. Tobias S. Mühlbauer V. Antidepressants for treating depression among older adults with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res* 2024; 340:116114.
10. Gill SS. Rochon PA. Herrmann N. Atypical antipsychotic drugs and risk of ischaemic stroke: population based retrospective cohort study. *Br Med J* 2005; 330:445.
11. Maust DT. Kim HM, Seyfried LS. Antipsychotics, other psychotropics, and the risk of death in patients with dementia: number needed to harm. *J Am Med Assoc Psychiatry* 2015; 72:438.
12. Weintraub D. Chiang C. Kim HM. Association of Antipsychotic Use with Mortality Risk in Patients With Parkinson Disease. *J Am Med Assoc Neurol* 2016; 73:535.