

## 4. Behaviorale und psychologische Symptome der Demenz (BPSD)

Nebst kognitiven Störungen leiden Demenzpatienten an verschiedenen psychiatrischen und Verhaltenssymptomen bzw. -zeichen, welche die Behandlung, Diagnose und Pflege erschweren. Die Bezeichnung « Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia » (BPSD) wurde von der International Psychogeriatric Association vorgeschlagen (Behaviorale und psychologische Symptome der Demenz – BPSD). BPSD haben schwerwiegende Folgen sowohl für die Patienten selbst als auch für die Angehörigen, die für deren Pflege verantwortlich sind.

1

### Standard

- Untersuchung auf BPSD, Charakterisierung
  - Subjektive Bewertung der BPSD durch den Patienten
  - Fremdbewertung durch Angehörige oder Pflegepersonen, die den Patienten gut kennen
  - Bewertung der BPSD-bedingten Belastung durch die Angehörigen/Pflegepersonen
  - Beobachtung der Verhaltensinteraktion zwischen Patient und Begleitperson
- Gewichtung der Informationen im Rahmen der Diagnosestellung
- Aufklärung des Patienten über die BPSD
- Aufklärung des/der Angehörigen über die BPSD
- Ein Psychogeriatre ist Mitglied des multidisziplinären Teams
- Bewertung der Zweckmässigkeit einer Überweisung an Spezialisten (z.B. konsiliarische und Liaisons-Psychogeriatre) zur Behandlung der BPSD

### Optional

- Der Einsatz von Skalen wird empfohlen:
  - NPI-Q
  - NOSGER oder vergleichbare Skalen
- Behandlung der BPSD
  - je nach Kompetenzen
  - schweizerische Empfehlungen (Savaskan et al. 2014)
- Überweisung an spezialisierte Sprechstunde zwecks Stellungnahme oder ggf. Behandlung der BPSD, insbesondere
  - in schweren Fällen
  - bei bestätigten oder vermuteten psychiatrischen Begleiterkrankungen
  - bei komplexen Implikationen für die Familie
  - bei potentiellen Zwangsmassnahmen

### Ausblick

- Entwicklung zielgerichteter Interventionen für die verschiedenen BPSD-Arten
- Entwicklung personalisierter medikamentöser Indikationen in der BPSD-Therapie (Gentypisierung usw.)
- Erarbeitung alternativer Techniken zur Behandlung der BPSD (rTMS, EKT, Telemedizin usw.)

## Références

---

- Alexopoulos G, Abrams R, Young R et al. Cornell scale for depression in dementia. *Biol Psychiatry* 1988; 23:271-84.
- Apostolova L, Cummings JJ. Neuropsychiatric manifestations in mild cognitive impairment: a systematic review of the literature. *Dement Geriatr Cogn Dis* 2008; 25:115-26.
- Beck A, Ward C, Mendelson M et al. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4:53-63.
- Burns A, Lawlor B, Craig S. Assessment scales in old age psychiatry. Informa Healthcare, London, 2004.
- Cohen-Mansfield J. Agitated behaviors in the elderly. II. Preliminary results in the cognitively deteriorated. *JAGS* 1986; 34:722-7.
- Conn D, Thorpe L. Assessment of Behavioural and Psychological Symptoms Associated with Dementia. *Can J Neuro Sci* 2007; 34 (suppl 1):S67-71.
- Georges J, Jansen S, Jackson J et al. Alzheimer's disease in real life - the dementia carer's survey. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008; 23:546-51.
- Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23:56-62.
- Lyketsos C, Carrillo M, Ryan J et al. Neuropsychiatric Symptoms in Alzheimer's disease. *Alz Dement* 2011; 7: 532-9.
- International Psychogeriatric Association. Complete guide to behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD). IPA BPSD Educational Package. International Psychogeriatric Association, 2010.
- Montgomery S, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 1979; 134:384-9.
- Radloff L, Teri L. Use of the Center for Epidemiological Studies – depression scale with older adults. *Clin Gerontol* 1986; 5:119-37.
- Savaskan E, Bopp-Kistler I, Buerge M et al. Recommandations pour le diagnostic et le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). *Praxis* 2014 ; 103 :135-48.
- Jeon Y, Sansoni J, Low L et al. Recommended measures for the assessment of behavioral disturbances associated with dementia. *Am J Geriatr Psychiatry* 2011;19:403-15
- Burns A, Lawlor B, Craig S. Rating scales in old age psychiatry. *British Journal of Psychiatry* 2002; 180:161-7.
- Kaufer D, Cummings J, Ketchel P et al. Validation of the NPI-Q, a brief clinical form of the Neuropsychiatric Inventory. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2000; 12:233-9.
- Reisberg B, Borenstein J, Salob S et al. Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: phenomenology and treatment. *J Clin Psychiatry* 1987; 48 (suppl):9-15.
- Yesavage J, Brink T, Rose T et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1983;17:37-49.
- Inouyé S, van Dyck C, Alessi C et al. Clarifying confusion: the Confusion Assessment Method. *Ann Int Med* 1990; 113:941-8.

## Auteurs

---

Armin von Gunten, Dan Georgescu

### Argumentaire informatif concernant les SCPD

Les SCPD peuvent apparaître très tôt dans l'évolution d'une démence et ne suivent en général pas l'évolution plus facilement prédictible des altérations cognitives.

Leur étiopathogénie est complexe et il n'est pas rare d'observer des patients avec des doubles ou multiples pathologies non seulement somatiques, mais aussi psychiatriques. Certains SCPD posent donc aussi la question du diagnostic différentiel avec des pathologies affectives et psychotiques. La dépression est l'affection psychiatrique la plus fréquente chez les patients âgés polymorbides.

Les SCPD ont pour les proches aidants ainsi que pour les soignants de lourdes conséquences, étant donné qu'ils sont susceptibles de conduire à une détérioration de la qualité de vie du patient et de ses proches, à une institutionnalisation précoce, à un déclin de l'autonomie dans les activités quotidiennes et à un déclin cognitif accéléré. Par ailleurs, les SCPD sont à l'origine de l'augmentation des affections psychiatriques comme la dépression chez les personnes assurant la prise en charge des malades. Les pertes de l'autonomie et les SCPD, en particulier l'agitation/agressivité, les changements de personnalité, l'irritabilité, la déambulation et la dépression du malade, sont des déterminants plus importants de la souffrance des proches que les troubles cognitifs ou le déclin des capacités de communication (Georges et al, 2008).

Souvent, les SCPD peuvent être traités avec efficacité.

---

*Au vu de ce qui précède, l'importance des SCPD est centrale et les professionnels des CM devront être en mesure :*

- *d'investiguer systématiquement les SCPD chez tout patient se présentant dans une CM*
  - *d'évaluer les conséquences des SCPD sur l'entourage du patient*
  - *d'investiguer l'étiopathogénie des SCPD*
  - *de poser le diagnostic différentiel d'avec les pathologies affectives et psychotiques primaires*
  - *de faire des propositions thérapeutiques concernant le traitement des SCPD*
  - *d'informer sur et conseiller les proches sur les SCPD*
  - *de transférer ces patients à des unités spécialisées, en particulier les polycliniques psychogériatriques, en cas de SCPD plus significatifs ou lorsqu'une polyopathie psychiatrique est constatée ou suspectée.*
- 

### Epidémiologie des SCPD

Les patients atteints de démence - par définition les DFT, mais aussi toutes les autres formes de démence - présentent des SCPD pouvant accompagner chacune des phases de la maladie (Lyketsos et al, 2011). Au moins deux tiers des patients souffrant de démence présentent, le plus souvent de façon transitoire, certains de ces SCPD. Peut-être 10 à 30 % des patients avec une maladie d'Alzheimer présentent des états dépressifs francs et environ 30% des tableaux psychotiques. L'agitation peut vêtir différentes formes - comme la déambulation, l'irritabilité, la désinhibition, l'agitation anxieuse - et survenir dans plus de la moitié des cas. Les troubles du rythme nyctéméral et l'élévation de l'humeur sont des fois présents. Tôt ou tard, l'ensemble des patients sera touché par des altérations de certains de leurs traits de personnalité, du moins si on considère des altérations du point de vue de l'intensité de l'expression des traits de personnalité prémorbides.

### Sémiologie des SCPD

La sémiologie des SCPD est extrêmement riche (IPA. 2010).

La dépression prend plus fréquemment une forme pauci-symptomatique. La survenue d'éléments dépressifs semble être significativement associée à l'existence d'antécédents familiaux de troubles de l'humeur. L'intensité de la symptomatologie dépressive ne semble pas corrélée avec la sévérité des troubles cognitifs, mais plutôt avec le degré de la perte de l'autonomie fonctionnelle. Certains symptômes sont communs à la dépression et à la démence (apathie, retrait social, perte d'initiative etc.) et la dépression primaire peut réaliser un authentique syndrome démentiel. Les troubles de la régulation et de l'expression des émotions sont également fréquents dans le cours des démences (réactions de catastrophe en cas de sur-stimulation, des rires et des pleurs spasmodiques survenant en réponse à des stimuli non-spécifiques, la labilité émotionnelle souvent congruente à l'affect, les aprosodies en tant que composantes non purement linguistique du langage). L'étiologie de la dépression au cours du processus démentiel est probablement multiple : si la conscience d'une altération cognitive peut parfois induire un état dépressif, en particulier au début de la maladie, la dépression peut aussi être la conséquence directe des modifications neurobiologiques induites par le processus neurodégénératif lorsque celui-ci touche la production des monoamines (sérotonine, noradrénaline)

Les états anxieux, très fréquents, sont souvent indépendants de la sévérité de l'atteinte cognitive mais associés aux symptômes dépressifs ou psychotiques. L'anxiété peut prendre des formes variables (attaques de panique, craintes d'événements habituellement peu stressants, questionnements stéréotypés relatifs à des événements à venir (syndrome de Godot), manifestations phobiques, crainte d'être abandonné, etc.)

Les manifestations psychotiques de type délirant ou hallucinatoire sont parmi les plus fréquentes (idées de vol, d'abandon et d'infidélité, délire du compagnon imaginaire, signe du miroir lorsque le patient prend sa propre image dans le miroir pour l'image d'une autre personne, le syndrome de Capgras se caractérisant par la conviction que des proches sont remplacés par des sosies vécus comme des imposteurs etc.). La présence d'idées délirantes constitue en outre un facteur de risque pour d'autres troubles du comportement, en particulier des comportements agressifs. La présence d'hallucinations visuelles doit faire évoquer une démence à corps de Lewy.

L'agitation (attitudes ou comportements répétitifs, « *shadowing* » lorsque le sujet suit et imite le soignant de façon rapprochée, l'irritabilité, le refus obstiné, la déambulation ou, à l'extrême, l'agressivité verbale et physique ainsi que certains troubles nycthémeraux) peut être liée ou non à une problématique dépressive ou psychotique sous-jacente. Elle est toujours une source majeure de surcharge et de stress pour les patients et leurs proches.

En dehors de la « dépressivité », l'apathie est le SCPD le plus souvent observée. Elle n'est pas nécessairement associée à la dépression, mais forme un complexe indépendant. Des analyses factorielles trouvent en général 4 ou 5 clusters et assez systématiquement isole l'apathie. Les autres clusters sont en général les troubles de l'affect, les altérations psychotiques et l'agitation.

Certains SCP décrits ci-dessus sont également présents chez 35-75% de personnes souffrant de MCI (Apostolova & Cummings, 2008). A noter que l'évolution des SCPD dans le temps est plus difficile à prédire que celle de l'atteinte cognitive et fonctionnelle, mais si certains SCPD comme les manifestations psychotiques ont peut-être tendance à survenir à des stades un peu plus avancés des démences.

### **Etiopathogénie des SCPD**

L'étiopathogénie des SCPD est complexe (IPA, 2010). Les SCPD sont souvent le résultat des interactions de facteurs biologiques (par ex. d'autres maladies associées ou polymorbidité, douleurs, médicaments), de facteurs environnementaux (par ex. des attentes élevées de l'entourage, architecture inadaptée) ou des facteurs prédisposants (par ex. anxiété prémorbide).

Les patients atteints de démence souffrent souvent de comorbidités (affections cardiovasculaires ou respiratoires, le diabète etc.) qui peuvent provoquer ou renforcer les SCPD. La polymorbidité conduit souvent à la polypharmacie, parfois lourde de

conséquences pour le malade, notamment au regard des multiples interactions médicamenteuses.

En cas d'apparition de nouveaux SCPD, il y a lieu d'exclure un état confusionnel, en raison d'une symptomatologie similaire pour un traitement étiologique différent.

Le déclin cognitif et les troubles sensoriels chez les personnes atteintes de DTA bouleversent la compréhension et la perception de leur environnement. De ce fait, elles peuvent percevoir les personnes ou les situations comme menaçantes et réagir avec des SCPD, auxquels peuvent s'ajouter des troubles moteurs susceptibles de restreindre leur liberté de mouvement et d'augmenter le risque de chute.

Les membres de la famille, ou plus généralement l'entourage de soin, effectuant le soutien au malade peut contribuer à l'éclosion ou au maintien des SCPD.

### Évaluation qualitative et quantitative des SCPD

L'évaluation des SCPD requiert l'implication de toutes les sources d'information disponibles.

En particulier, il convient :

- d'interroger le patient concernant l'existence des SCPD, leur type, la souffrance induite par les SCPD
- d'observer le comportement du patient pendant la consultation
- d'observer l'interaction comportementale entre le patient et l'accompagnant
- procéder à une hétéroanamnèse ciblée sur les SCPD.

Un examen standardisé au moyen de procédures établies, en particulier l'utilisation d'échelles pour la caractérisation cliniques des SCPD peut être un atout.

#### Echelles « mesurant » les SCPD

De nombreuses échelles ont été proposées et il est vain de les passer toutes en revue. Une excellente compilation de ces échelles peut être trouvée dans le livre suivant : Burns A, Lawlor B, Craig S. Assessment scales in old age psychiatry. Informa Healthcare, London, 2004.

Dans le cadre de l'évaluation des SCPD, il est possible de faire une distinction entre différents type d'échelle : échelles globales pour SCPD, échelles globales pour les démences avec une partie dédiée aux SCPD, échelles spécifiques pour SCPD, échelles spécifiques visant à différencier une démence d'une psychopathologie particulière. Toutefois, certaines de ces échelles, même globales, visent une pathologie en particulier, par ex. la maladie d'Alzheimer ou la maladie de Parkinson alors que d'autres visent les démences, voire les altérations comportementales indépendamment de la pathologie sous-jacente. On peut encore y ajouter les échelles visant l'investigation du fardeau chez les proches aidants.

Les échelles globales donnent un aperçu de l'ensemble ou du moins une bonne partie des différents SCPD possibles alors que les échelles spécifiques se focalisent sur un type spécifique de SCPD. Les échelles spécifiques visant une psychopathologie en particulier sont par ex. les échelles investiguant la dépression ou un autre syndrome psychopathologique, échelles qui ne visent pas un syndrome ou des manifestations cliniques survenant spécifiquement dans le cadre d'une démence.

- Parmi les échelles globales pour SCPD, on retrouve par ex. le Neuropsychiatric Inventory (NPI), Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale (BEHAVE-AD), Neurobehavioural Rating Scale, Behavior Rating Scale for Dementia of the CERAD (CERAD BRSD), Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) – Bogen 4, Alzheimer's Disease

Assessment Scale – Noncognitive Subscale (ADAS-NONCOG), Manchester and Oxford Universities Scale for the Psychopathological Assessment of Dementia (MOUSEPAD), Columbia University Scale for Psychopathology in Alzheimer's Disease (CUSPAD) etc.

- Parmi les échelles globales pour la démence comportant une partie consacrée aux SCPD, on peut mentionner : Blessed Dementia Scale (BDS), Sandoz Clinical Assessment – Geriatric (SCAG), Gottfries-Brane-Steen Scale (GBS-Scale).
- Parmi les échelles spécifiques pour SCPD, on retrouve par ex. le Cohen-Mansfield Agitation Inventory, Rating Scale for Aggressive Behaviour in the Elderly, voire la Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER) etc.
- Parmi les échelles visant la différenciation d'une démence et d'une psychopathologie particulière, on retrouve par ex. : Test zur Früherkennung der Demenz mit Depressionsabgrenzung (TFDD), NIMH Dementia Mood Assessment Scale (DMAS), Checklist Differentiating Pseudodementia from Dementia.
- Echelles fonctionnelles (cf. standards spécifiques)
- Parmi les échelles visant l'investigation du fardeau des proches aidants, on trouve par ex. : Burden Interview, General Health Questionnaire (GHQ), Caregiver Activity Survey (CAS), Caregiving Hassles Scale, Screen for Caregiver Burden (SCB), Burden Interview, Ways of Coping Checklist, Problem-Checklist and Strain Scale etc.

L'utilisation de ces échelles en soi n'est pas obligatoire et une approche clinique psychopathologique faite par des cliniciens expérimentés est au moins aussi valable. Par contre, les échelles servent comme guide soit pour le clinicien en formation ou à établir une documentation rigoureuse et standardisée dans une CM.

Le choix des instruments est libre et doit se faire en fonction de l'objectif visé. Toutefois, une analyse de 138 instruments a conduit à recommander trois échelles globales (Jeon et al, 2011 ; Conn and Thorpe, 2007 ; Savaskan et al, 2014):

- Neuropsychiatric Inventory (NPI) (Cummings et al. 1994)
- Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale (BEHAVE-AD) (Reisberg et al. 1987)
- Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease-Behavior Rating Scale for dementia (CERAD-BRSD) ().

Le NPI peut être utilisé dans une variété de contexte et maladies démentielles et non-démentielles alors que les deux autres sont plutôt ciblées sur la maladie d'Alzheimer.

Concernant le NPI, il existe plusieurs variantes qui se distinguent par rapport à leur contenu. En fait, le NPI vise la majorité des SCPD communément rencontrée et l'évaluation de la sévérité, de la fréquence et de la répercussion sur le proche aidant de chaque type de SCPD. Ainsi, le NPI original ne contenait pas l'évaluation du fardeau des proches et le NPI-Q est une forme plus courte et condensée qui compacte la sévérité et la fréquence en un seul item (Kaufert et al. 2000).

Nous estimons que cette dernière forme, à savoir le NPI-Q, représente une variante fort utile en clinique, y compris dans une CM.

Concernant des échelles spécifiques pour les SCPD, le Cohen-Mansfield-Agitation-Inventory (CMAI) s'est avéré particulièrement approprié pour l'appréhension et la documentation dans le cadre des soins ainsi que de l'évolution dans le temps du comportement agité en cas de démence (Cohen-Mansfield. 1986). Le CMAI ne sera guère d'une grande utilité dans le

cadre d'une CM ; par contre, il sera d'une grande utilité dans un EMS ou un service psychogériatrique.

Les échelles spécifiques visant la caractérisation de symptômes ou signes psychopathologiques spécifiques en dehors des pathologies démentielles seront traitées dans les standards SMC concernant la psychopathologie. Bien entendu, un certain chevauchement entre ces échelles existe et, dans la pratique clinique, elles peuvent peut-être se remplacer mutuellement. Ainsi, dans la pratique clinique au jour le jour, la version à 15 items de la Geriatric Depression Scale (GDS) a fait ses preuves de même que le Beck Depression Inventory (BDI-II) chez les patients se trouvant à un stade précoce de démence (Savaskan et al. 2014).

Parmi les échelles visant une psychopathologie spécifique chez les patients présentant une démence, on peut retenir la Cornell Scale for Depression in Dementia (Alexopoulos et al. 1988)

Comme mentionné plus haut, le type d'information nécessaire pour caractériser les SCPD nécessite obligatoirement un entretien avec un proche ou un soignant qui connaît bien le patient et à l'occasion de l'observer sur d'assez longue durée. Compte tenu des interactions entre les patients et leurs proches, les informations recueillies concerneront les SCPD du patient, mais également les répercussions des SCPD sur le ou les proches.

Les échelles de fardeau peuvent être utilisées, mais elles ne différencient pas d'emblée l'origine du fardeau perçu. En effet, les troubles cognitifs, la dépendance fonctionnelle peuvent être à l'origine du fardeau du proche. Toutefois, à côté de la dépendance fonctionnelle, les déterminants objectifs les plus importants du fardeau sont les SCPD. Il est alors souhaitable d'évaluer l'impact des SCPD sur le bien-être du ou des proches.

Le NPI-Q offre la possibilité de relever le fardeau ressenti par le proche pour chacun des SCPD recensés (Kaufer et al. 2000).