

<sup>1</sup>台北市立聯合醫院仁愛院區教學研究科 <sup>2</sup>台北市立聯合醫院中興院區家庭醫學科  
<sup>3</sup>國立台灣大學公共衛生學院流行病與預防醫學研究所 <sup>4</sup>臺北市立大學社會暨公共事務學系  
<sup>5</sup>臺北市立大學衛生福利學系 <sup>6</sup>親親家庭診所 <sup>7</sup>台北市立聯合醫院松德院區精神科  
 李宜芳<sup>1</sup> 吳岱穎<sup>2,3,4,5</sup> 李家祥<sup>6</sup> 郭千哲<sup>7</sup>

## 前言

根據衛福部112年全國社區失智症流行病學調查結果<sup>1</sup>，社區長者的失智症盛行率為8.0%。依照臨床失智評估量表(clinical dementia rating scale, CDR)，將疾病嚴重度區分輕度(CDR1)佔比最大(33.9%)，其餘依序為極輕度(CDR 0.5)佔比17.1%、中度(CDR 2)佔比24.2%、重度(CDR 3)佔比24.8%。以性別區分，女性(9.4%)高於男性(6.4%)。以年齡區分，則盛行率隨著年齡上升而增加。

失智症患者常見的精神和行為症狀(behavioral and psychological symptoms of dementia, BPSD)是困擾失智症患者與照顧者的難題。根據衛福部統計<sup>1</sup>，最常出現的症狀前五名依序為憂鬱及負性症狀(33.4%)、日夜顛倒/作息混亂(33.0%)、恐懼或焦慮(27.8%)、重複行為(25.4%)及妄想(21.2%)。這些症狀對於照顧者影響甚鉅，但根據過去衛福部的統計<sup>2</sup>，超過四分之一的主要照顧者，有照護上的負荷。隨著未來家戶數持續減少，與女性勞動參與率增加，照顧者負擔預期會持續增加。因此，本文將探討失智症患者常見的精神和行為症狀對於照顧者的負擔，並進一步分析相關的

風險因子與保護因子。

## 失智症患者常見的精神和行為症狀

失智症患者常見的精神和行為症狀，指的是失智症在認知行為以外，伴隨的行為與心理症狀。在失智症患者中，它的終身盛行率為97.0%。沒有單一病因，是由於生理、心理與社會多方原因所致。生理可能是由於腦部特定區域萎縮、代謝下降與神經傳導物質失衡所致。心理與社會則是由於本身性格、環境刺激過多或過少、與照顧者之間互動有關<sup>2</sup>。

症狀以憂鬱(depression)與淡漠(apathy)最常見，也會出現妄想、激動(agitation)、異常動作行為(aberrant motor behavior，如重複的動作或遊走)亦有可能出現。不同失智症常見的症狀不盡相同，如下表一所示。

診斷上需排除可逆因素，如急性發生，須先排除譫妄並找出其原因進行矯正。

治療上則分成藥物或非藥物方式介入，非藥物部分，可以透過照顧者訓練，了解患者的行為干擾是對身體不適或未被滿足需求的反應，讓照護者給予他們適切的回應。此外，音樂治療根據研究證實可以改善整體精

表一 各種失智症常見精神行為症狀。

失智症種類	常見的精神和行為症狀
阿茲海默症(Alzheimer's disease, AD)	妄想
血管型失智症(vascular dementia)	憂鬱、冷漠
顳額葉型失智症(frontotemporal dementia, FTD)	抑制力減低(disinhibition，行為情緒方面出現不恰當行為) 飲食問題

神和行為症狀，而按摩則可改善憂鬱症狀。藥物部分，至少49.0 %的失智症患者反應疼痛問題，因此給予疼痛治療是相當重要的。除此之外，輕、中度精神和行為症狀可使用選擇性血清素再吸收抑制劑(selective serotonin reuptake inhibitors, SSRI)。抗精神病藥物副作用多且效果小，只能用在藥物介入失敗且有安全風險情況下使用。而對於這些常見的精神和行為症狀會導致失智症提早惡化、甚至死亡。但目前上述的治療，對於這些不良預後的幫助效果尚不清楚<sup>2</sup>。

### 精神和行為症狀對照顧者的影響

2023年一篇cross-sectional 研究《Burden in caregivers of primary care patients with dementia : influence of neuropsychiatric symptoms according to disease stage (NeDEM project)》<sup>3</sup>，囊括在西班牙馬德里醫療機構中，125位非機構的失智症患者之主要照顧者。評估照顧者的負荷程度，是採簡短版Zarit照顧者負荷量表(short Zarit burden interview, ZBI-4)，共有四個題目，造成負擔程度為1（沒有）至5分（總是），分數加總最低4分，最高20分，分數越高代表負擔程度越大，切點以10分作為區分。評估照顧者對於哪些精神症狀感到困擾，則採用神經精神問卷照顧者負荷量表(neuropsychiatric inventory caregiver distress scale, NPI-D)，共分為12個題目，程度為0（無困擾）至5（非常困擾）分，分數加總最低0分，最高60分，分數越高代表越困擾。此外患者功能也會以巴氏量表、老人整體退化評估量

表(global deterioration scale, GDS)評估。失智症患者常見的精神和行為症狀則是利用神經精神評估量表(neuropsychiatric inventory, NPI)，共分為十二個項目（如妄想、幻覺、激動、憂鬱等），並記錄頻率(0-4)嚴重度(0-3)。

根據以上評估，得到如下結果：根據簡短版Zarit照顧者負荷量表的評核，照顧者主觀感受到負擔的盛行率為78.4%（95% 信賴區間 confidence interval, CI 71.0-86.0）。其中又以與患者同住（勝算比odds ratio, OR 4.5, 95% CI 1.1-19.6）、有親屬關係(OR 5.4, 95% CI 1.0-28.2)、照顧超過八個小時(OR 5.6, 95% CI 1.4-22.8)、年輕、女性照顧者(OR 6.0, 95% CI 1.6-22.8)以及在外工作(OR 7.6, 95% CI 1.8-31.8)、患者屬於中度整體退化(GDS 5)、低教育程度(OR 8.3, 95% CI 2.3-30.3)等負擔感較為沈重。

考量到失智者的精神症狀對於照顧者之影響，對於照顧者的負擔，隨著NPI分數越高症狀明顯而增加。在這些神經精神評估的項目中，與負擔症狀有顯著相關的為去抑制(disinhibition, 93.5%)、易怒(irritability, 87.3%)和激動(agitation, 86.1%)。若將神經精神評估量表的十二項區分為四大類（見表二）過度活躍(hyperactivity)、精神病症狀(psychosis)、情感性症狀(affective)與淡漠(apathy)，最相關的為過度活躍(OR 1.1, 95% CI 1.0-1.2)。

此外，ZBI與NPI的症狀嚴重程度呈正相關( $p < 0.001$ )。以神經精神評估的症狀中去抑制(OR 2.6, 95% CI 1.1-5.8)和易怒(OR 1.2, 95% CI 1.0-1.6)的嚴重度，與照顧者的負擔有

表二 神經精神症狀次症候群(neuropsychiatric subsyndrome, NPS subsyndrome)<sup>5</sup>。

神經精神症狀次症候群	神經精神症狀項目
過度活躍(hyperactivity)	激動/攻擊性(agitation/aggression) 失抑制(disinhibition) 易怒/情緒不穩(irritability/lability) 異常動作行為(aberrant motor behavior) 欣快/過度興奮(elation/euphoria)
淡漠(apathy)	冷漠/淡漠(apathy/indifference) 食慾/飲食行為改變(appetite and eating disorders)
精神病症狀(psychosis)	妄想(delusions) 幻覺(hallucinations) 睡眠障礙(sleep disturbances)
情感性症狀(affective)	抑鬱/憂鬱情緒(depression/dysphoria) 焦慮(anxiety)

關聯性。以症狀頻率來看，去抑制(OR 12.7, 95% CI 2.5-65.1)、異常動作行為(OR 7.5, 95% CI 1.6-33.8)、易怒(OR 3.0, 95% CI 0.9-9.7)，與照顧者負擔有顯著相關。照顧者的NPI-D平均分數為12.5，與負擔最相關的為激動、淡漠與睡眠障礙(sleep behavior)。

最後以失智症分期來看，輕度認知退化(GDS 3)中，憂鬱症狀引起較多的困擾(NPI-D = 1.9, 95% CI : 0.4-3.3)。輕中度失智(GDS 4 or 5)以過度活躍相關的症狀引起較多困擾。中重度、重度失智(GDS 6 or 7)以精神性症狀引起較高困擾。而淡漠造成的困擾感，在各失智症的階段內變化較小。

與台灣過去統計資料相較，此篇研究中的主觀感受到負擔的比率較高。此外，女性照顧者亦是造成負擔的風險因子之一。以相關精神

與行為症狀來看，異常動作行為中的重複行為在台灣為第四多的精神行為症狀，此篇研究中則發現，這項症狀的發生頻率，與照顧者負擔成顯著相關。隨著女性勞動參與力增加、失智症盛行率增加，給予適時配套措施，降低照顧者的負擔，便是未來必須討論的課題。

### 不同失智症患者對照顧者負荷的影響

不同型別的失智症，造成的精神行為症狀也不盡相同。2016年的研究《The effects of behavioral and psychological symptoms on caregiver burden in frontotemporal dementia, Lewy body dementia, and Alzheimer's disease : clinical experience in China》<sup>6</sup>，是極少數對於各種類別的失智症，造成的照顧者負擔進行探討。它比較額顳葉型失智症、路易氏體失智症(dementia with Lewy bodies, DLB)、阿茲海默

症患者常見的精神和行為症狀，以及哪些症狀會對於失智症照顧者造成負擔。總共收集214位失智症患者及其主要家屬照顧者（非專業人員），各組的患者在性別、病程長度、失智嚴重程度和認知評估分數方面相似。而此研究使用的評估工具，失智症患者常見的精神和行為症狀是利用NPI量表，共分為十二個項目（如妄想、幻覺、激動、憂鬱等），並記錄頻率(0-4)嚴重度(0-3)。評估照顧者的負荷程度，則以Zarit照顧負荷量表(Zarit burden interview, ZBI-22)，共有22個項目，根據程度分為0至4分。

綜合以上結果，得到以下表格所述三種失智症整理如下（見表三）。

在三種失智症中由NPI總分來看，額顳葉型失智症發病年齡與對於照顧者的負擔最

大，又以行為變異型額顳葉失智症(behavioral variant frontotemporal dementia, bvFTD)相較於其他額顳葉失智症亞型，對於照顧者影響最劇。由此研究可知，認知功能嚴重度與照顧者負擔並無相關，然而如果為情緒相關的功能如失智症患者常見的精神和行為症狀退化時，會造成照顧者的壓力。但也需要考慮不同文化背景下，對於負擔的感受與解讀也不盡相同。

### 減少照顧者負擔的介入方式

根據2025年在香港的隨機對照試驗《Multicomponent Intervention for Distressed Informal Caregivers of People With Dementia》<sup>7</sup>，共分析250名失智症照顧者，對於照顧感到負擔（ZBI分數>18分），共追蹤12個月。所有參與研究的非專業照顧者都會接受失智照顧教育，內容為失智症相關知識、溝通技

表三 不同型別失智症造成的精神行為症狀，與照顧者負擔的關聯性<sup>6</sup>。

	額顳葉型失智症	路易氏失智症	阿茲海默症
盛行率	最少	次中	最高
最常見 BPSD	激動 (72.0%) 去抑制 (68.3%) 易怒 (57.3%)	幻覺 (86.4%) 妄想 (63.6%) 焦慮 (59.1%)	冷漠 (47.3%) 憂鬱 (44.6%) 易怒 (41.8%)
與照顧者 負擔最顯 著相關的 BPSD	動作異常 (aberrant motor behavior, $r = 0.687$ )	幻覺 (hallucination, $r = 0.823$ )	淡漠 (apathy, $r = 0.489$ )
主要預測 因子	NPI 總分 (OR = 1.186, $p < 0.001$ ) 激動 (agitation, OR = 0.654, $p = 0.006$ ) 異常動作行為 (aberrant motor behavior, OR = 1.429, $p = 0.013$ )	NPI 總分 (OR = 1.537, $p = 0.048$ )	NPI 總分 (OR=1.059, $p < 0.001$ ) 冷漠 (apathy, OR = 1.132, $p = 0.013$ ) 日常生活活動 (activities of daily living, ADL, OR = 1.049, $p = 0.010$ ) 發病年齡 (OR = 0.930, $p = 0.029$ )

表四 五種介入執行方式與評估方式<sup>7</sup>。

介入方式	時間	內容	主要結果	近端結果
自我照顧技巧	一次線上課程 兩次電話追蹤	教導健康行為與使用健康護照	標準十二題簡明健康狀況調查表(SF-12)	自我照顧與風險評估(RAM-SC)
行為問題管理	一次線上課程 兩次電話追蹤	前因－行為－後果(antecedent-behavior-consequence, ABC)模式。觀察並記錄問題，並擬定對應計劃	Zarit照顧負荷量表(ZBI) 感知壓力量表(PSS)	失智症照顧策略量表(DMSS)
行為活化訓練	一小時電話訪談，共五次	安排愉悅活動、監測活動並適時調整	心理幸福感量表(PWB)	過去兩週愉悅活動參與次數
正念介入	兩小時團體課，共七次	正念認知治療	焦慮抑鬱量表(HADS-A) 病人健康問卷(PHQ-9)	五因素正念量表(FFMQ)
社會支持團體	一小時團體課程，共六次	團體互動與經驗交流	醫療社會支持量表(MOS-SSS)	支持團體滿意度問卷

註：SF-12：12-item short-form health survey、RAM-SC：self care subscale of the risk appraisal measure、PSS：perceived stress scale、DMSS：dementia management strategies scale、PWB：Ryff psychological well-being scale、HADS-A：hospital anxiety and depression scale – anxiety subscale、PHQ：Patient Health Questionnaire、FFMQ：five facet mindfulness questionnaire、MOS-SSS：medical outcomes study social support survey

巧與居家安全。另外還有五種不同的介入方式，分析哪種可以減少照顧者負擔，分別有自我照顧技巧訓練(self-care skills)、行為問題管理(behavioral problem management)、行為活化訓練(behavioral activation)、正念介入(mindfulness-based intervention)、社會支持團體(social support group)，詳細執行方式與評估方式如下（見表四）。

追蹤12個月後，行為問題管理、正念介入與支持團體，對於照顧者都可以有顯著的改善。主要研究結果與近端結果(proximal outcome)如下：（見表五、表六）

如果考量到不同介入，兩兩作用的結果，

可以得到以下結論：（見表七）

藉由上述的結果，以單一介入而言，正念、社會支持團體與行為問題管理，都可以改善照顧者的負擔與失智症患者照顧品質。此外行為問題管理，雖然在第六個月造成自我照顧能力下降、焦慮感上升，但在第十二個月改善照顧策略與心理健康，代表一開始學習會帶來壓力，但長期卻帶來正面影響。考量到交互作用，自我照顧是讓照顧者關注自身健康、行為管理是學習辨認失智常見的精神行為症狀，並及時處理。正念便是覺察自己的狀態並提供減壓的效果，是介入的關鍵，不僅對自身有幫助，還對於自我照顧、行為管理、支持團體皆

表五 五種介入與主要假設結果<sup>7</sup>。

介入方式	結果
自我照顧技巧	無顯著改善
行為問題管理	改善健康 (SF-12：回歸係數, $\beta = 2.44$ [ 95% CI, 0.72-4.15 ] ; $p = 0.006$ ) 第6個月增加焦慮感 (HADS-A : $\beta = 1.43$ [ 95% CI, 0.43-2.42 ] ; $p = 0.005$ ) 第12個月改善心理健康 (PWB : $\beta = 3.52$ [ 95% CI, 0.92-6.08 ] ; $p = 0.008$ )
行為活化訓練	無顯著改善
正念介入	減少憂鬱症狀 (PHQ-9 : $\beta = -2.13$ [ 95% CI, -2.85 to -1.38 ] ; $p < 0.001$ ) 第12個月提升主觀社會支持 (MOS-SSS : $\beta = 4.76$ [ 95% CI, 1.28-8.15 ] ; $p = 0.007$ )
支持團體	第12個月提升主觀社會支持 (MOS-SSS : $\beta = 4.63$ [ 95% CI, 1.32-7.85 ] ; $p = 0.006$ )

表六 介入與近端結果<sup>7</sup>。

介入方式	結果
行為問題管理	第十二個月鼓勵策略 (DMSS-Encouragement : $\beta = 2.49$ [ 95% CI 0.74-4.22 ] ; $p = 0.005$ ) 第十二個月主動管理策略 (DMSS-active management : $\beta = 5.99$ [ 95% CI 4.12-7.84 ] ; $p = 0.001$ ) *第六個月自我照顧風險增加(RAM-SC : $\beta = -1.12$ [ 95% CI, -1.82 to -0.43 ] ; $p = 0.002$ )
正念介入	增加正念 (FFMQ : $\beta = 4.23$ [ 95% CI, 2.27-6.36 ] ; $p < 0.001$ ) *第十二個月主動管理策略 (DMSS-active management : $\beta = 3.70$ [ 95% CI 1.8-5.66 ] ; $p < 0.001$ ) *提升支持團體滿意度 ( $\beta = 1.97$ [ 95% CI, 0.99-2.98 ] ; $p < 0.001$ )

表七 五種介入，兩兩交互作用結果<sup>7</sup>。

介入方式	結果
自我照顧 x 正念	憂鬱症狀顯著下降 (PHQ-9 : $\beta = -1.70$ [ 95% CI, -3.05 to -0.35 ] ; $p < 0.01$ )
行為管理 x 正念	憂鬱症狀顯著下降 (PHQ-9 : $\beta = -1.40$ [ 95% CI, -2.76 to -0.05 ] ; $p = 0.04$ )
正念 x 支持團體	提升對支持團體滿意度 (MOS-SSS : $\beta = 7.58$ [ 95% CI, 0.9-14.26 ] ; $p = 0.03$ ) 沒有增加焦慮症狀 (HADS-A : $\beta = 1.98$ [ 95% CI, 0.08-3.89 ] ; $p = 0.04$ )

有加乘的效果。

### 未來展望

綜合目前大型世代型研究、回顧性文獻的研究結果，以客觀性量表評估之後，失智症認知功能的嚴重程度，與照顧者的負擔無顯著相關。相較之下，失智症患者的精神與行為症狀，卻強烈影響著照顧者的心理壓力，尤其以過度活躍型症狀（如激動、去抑制）與情感症狀（如憂鬱、焦慮）影響最深。就失智症類別來看，行為變異型額顳葉失智症(behavioral variant frontotemporal dementia, bvFTD)影響最為嚴重。若這些症狀未被妥善處理，長此以往可能讓照顧者與患者的關係日益緊張，進一步演變為照顧者自身的心理困擾或身心疾病。因此，減輕照顧者負擔不應僅侷限於治療患者症狀，更應針對照顧者的高風險族群如中年女性，給予早期介入，可讓照顧者學習正念，並搭配其他介入方式如支持團體、自我照顧、行為管理等。短期內也許會增加照顧者的壓力，但長期而言，不僅減輕他們的負擔，更提升患者照護品質。

此外，未來研究可針對不同亞型的精神行為症狀，探討相應的介入模式，以期提升照顧者的生活品質，促進患者的照護。

**致謝：**感謝黃品樺醫師協助本文完成。

### 參考文獻

1. 衛生福利部統計處(2024)。112年台灣社區失智症流行病學調查。衛生福利部。https://www.mohw.gov.tw/cp-16-78102-1.html
2. 衛生福利部社會及家庭署(2017)。長照2.0政策理念與實踐。衛生福利部。https://www.sfaa.gov.tw/SFAA/File/Attach/7042/File\_171596.pdf
3. Nancy C, Caroline S, Yasir Al K: Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan.
4. Victoria GM, M Canto de HA, Rosalía DP, et al: Burden in caregivers of primary care patients with dementia : influence of neuropsychiatric symptoms according to disease stage (NeDEM project). BMC Geriatr 2023; 23(1): 525.
5. Pauline A, Frans RJV, Marina B, et al: Neuropsychiatric syndromes in dementia : results from the European Alzheimer disease consortium : part I. Dement Geriatr Cogn Disord 2007; 24(6): 457-63.
6. Shuling L, Yi J, Zhihong S, et al: The effects of behavioral and psychological symptoms on caregiver burden in frontotemporal dementia, Lewy body dementia, and Alzheimer's disease: clinical experience in China. Aging Ment Health 2017; 21(6): 651-7.
7. Jojo YYK, Daphne SKC, Steven Z: Multicomponent intervention for distressed informal caregivers of people with dementia: a randomized clinical trial. JAMA Netw Open 2025; 8(6): e250007. 🌐