

Organrelaterad modell

BPSD analyseras från utgångspunkten att symtom beror på att hjärnan är ett skadat organ. Olika hjärnskadesyndrom är förenade med beteendeförändringar, medan neuropatologiska förklaringsmodeller ger mindre förklaringar.

Diagnosen Lewy body demens kan dock på ett vanligt förekommande BPSD symtom vara viktig för att kunna tolka BPSD utifrån organiskt perspektiv. Låga halter av signalämnet serotonin kan ge upphov till minskad impuls kontroll vilket kan ligga till grund för BPSD som t ex. aggressivitet, nedstämdhet och ångest.

Bristen på signalämnet acetylcholin och kopplingen till kognitiv svikt vid demenssjukdom är känd och kan därför vara en organrelaterad förklaring till BPSD.

Personrelaterad modell

Den kognitiva svikten för med sig svårigheter att psykologiskt hantera och anpassa sig till nya situationer som demenssjukdom för med sig. Tidigare personlighetsdrag och krav från omgivningen är av stor betydelse för anpassningen till sjukdomen.

Känslan av splittring, upplösning av personligheten, osäkerhet om jagets gränser och minskad förmåga att förstå de egna reaktionerna kan ibland kompenseras av ett för omgivningen svårtolkat beteende. Inför den hotande existensen inträder psykologiska försvarsmekanismer för att minska ångesten. Att bekymra sig för sådant som hänt tidigare i livet, att bete sig barnsligt, att förneka och sedan skylla på andra är exempel på sådana psykologiska försvarsmekanismer.

Svårigheter i varseblivningen leder ofta till misstolkningar. Svårigheterna gäller främst synen, men även hörsel och känsel. Förändrad känsla av kroppens vikt och storlek och av inre kroppsegna förmågor förekommer också. Att känna sig "hudlös" –gränsen mellan den egna personen och omgivningen känns uppluckrad- ger den demenssjuke hotande känslor av upplösning och förlust av kroppens och Jagets integritet.

Socialt relaterad modell

Interaktionen med andra människor påverkas negativt vid demenssjukdom. Nedsatt logisk förmåga att tolka verbala och icke verbala signaler och nedsatt förmåga att anpassa sig till impulser från omgivningen är en orsak till detta. Problematiska relationer med anhöriga försvårar samspelet och hanteringen av sjukdomen. Den nedsatta förmågan till interaktion kan ibland leda till negativa reaktioner på eventuella medboende/patienter.

I denna alternativa förklaringsmodell är det viktigt att poängtera den basala omvårdnadens betydelse för att förhindra uppkomsten av BPSD. Att få näring, att få gå på toaletten regelbundet (trots ev. behov av blöja), att få tvätta sig, att få borsta tänderna och att få kamma sig kan inte nog betonas.

Trygghet och en accepterande miljö är viktigt för den sjuke. Stress hos vårdgivarna, orealistiska förväntningar, oflexibilitet, aggressivitet, ignorans och förnedrande beteende gentemot den sjuke har en negativ påverkan och kan framkalla BPSD. Dålig anpassning till föränderliga behov (kvarboendepincipen), otillräcklig personaltäthet, inadekvat lokalutformning, "osäker" miljö, ljud och inadekvata beteenden från medboenden/patienter ska också finnas med vid ett analytiskt arbetssätt vid BPSD.

Existentiellt-/Helhetsrelaterad modell

Existentiella frågeställningar angående livets meningsfullhet kan hos vissa personer vara mycket framträdande. Depressiva tankar eller ångest kan då bero på patientens upplevelse av meningslöshet eller brist på känsla av sammanhang i livet och spela en avgörande roll för risken att utveckla BPSD.