

De geagiteerde/agressieve demente patiënt

R. Daan kaderhuisarts Ouderengeneeskunde i.o.

Inleiding:

Meer en meer huisartsen krijgen de zorg voor demente patiënten. Dementie gaat vaak gepaard met geagiteerd en/of agressief gedrag. Dit vraagt om een specifieke benadering. Naast het analyseren van mogelijke oorzaken voor dit probleemgedrag, gaat het erom rust te creëren voor de patiënt, voor de verzorging, de mantelzorgers en eventueel voor medebewoners. Doel van deze nascholing is om beter inzicht te krijgen in de problematiek bij geagiteerde demente patiënten en de daarbij passende behandeling te bieden. Bij gedragstherapeutische benadering: wat helpt? Bij medicamenteuze behandeling: wat schrijf je voor en voor hoe lang?

Voorkomen geagiteerd/agressief gedrag bij dementie

Bij 70% van de demente patiënten komen perioden voor met agitatie*1. Er is weinig bekend over de duur van deze episoden; meestal gaat het om enkele weken tot maanden.

Beschrijving gedrag

Onder agitatie vallen prikkelbaarheid, motorische onrust en agressie. Motorische onrust komt het meest voor (44%, WAALBED-onderzoek *2), maar ook wordt verbale agressie ervaren zoals vloeken, klagen, roepen. Voortdurend aandacht vragen komt eveneens veelvuldig voor. In 13% werd fysiek agressief gedrag als slaan, trappen en bijten gesignaleerd.

Oorzaak agitatie

Meestal is er niet één oorzakelijke factor, maar zijn er verschillende factoren die elkaar beïnvloeden. Deze factoren moeten dan ook in hun samenhang worden beoordeeld.

Van belang is dat er een volledige beoordeling van de psychiatrische toestand wordt gedaan door middel van het afnemen van een (hetero)anamnese en het observeren van het gedrag. Agitatie en psychotische verschijnselen gaan dikwijls hand in hand bij de demente patiënt. Gerichte observatie is van belang om tot een goede beoordeling te komen. Een heteroanamnese over de pre-morbide persoonlijkheid van de patiënt kan duidelijkheid brengen over de oorzaak van zijn geagiteerde gedrag (bijvoorbeeld een posttraumatische stressstoornis). Daarnaast kan agitatie/agressief gedrag voortkomen uit lichamelijke factoren als pijn, hyperthyreoïdie, verhoogde digoxinespiegel en bij vermagering. En omgevingsfactoren hebben ook een invloed op het gedrag.

Om een goed beeld te krijgen van de agitatie bij de demente patiënt is het dus van belang om het gedrag te analyseren aan de hand van psychische, fysieke en omgevingsfactoren.

Gevolgen gedrag

De gevolgen van geagiteerd gedrag zijn dikwijls omvangrijk. De verzorging/mantelzorger kan geen goede zorg leveren uit angst voor de patiënt. Medebewoners reageren op de agressie vaak met angst of teruggetrokkenheid. Hetgeen nadelige gevolgen kan hebben op het groepsleven op de afdeling. Dit is zeker het geval als het gaat om kleinschalig wonen, omdat hier een kleinere samenleving is met nauw contact tussen personeel en bewoners. Door agitatie en zeker als sprake is van verbale en/of fysieke agressie, bestaat de kans dat de patiënt wordt uitgestoten door de groep, door het personeel of de mantelzorger. Met als gevolg dat er achterdocht ontstaat bij de patiënt hetgeen nog meer agitatie kan veroorzaken. Zo ontstaat een vicieuze cirkel.

Onderzoek

De zogeheten ABC-benadering *3 biedt de mogelijkheid om het gedrag van de agressieve demente patiënt te analyseren en een beleid te bepalen. Hoe komt het dat de demente patiënt geagiteerd is of agressief?

Het ABC-schema voor probleemgedrag staat voor:

- *Antecedents* (interne en externe factoren die aan het gedrag voorafgaan)
- *Behavior* (beschrijving van het gedrag)
- *Consequences* (stimuli die op het gedrag volgen)

De patiënt wordt geobserveerd door de (mantel)zorg. Deze zorg noteert de observaties volgens dit schema. De observaties worden met de huisarts gedeeld waarna een behandelplan wordt opgesteld.

Lichamelijk onderzoek

Bij lichamelijk onderzoek kijkt men gericht naar eventuele oorzaken van pijn. Ook moet een BMI bepaald worden om ondervoeding (honger kan agitatie opwekken) aan te tonen.

Laboratorium onderzoek

De uitslag van laboratoriumonderzoek is van belang om een lichamelijke oorzaak van het geagiteerde/agressieve gedrag te diagnosticeren. Denk daarbij aan schildklierfunctie, nierfunctie Na, K⁺, digoxine bepaling en urine onderzoek om een infectie uit te sluiten of aan te tonen..

Behandeling

Gedragsmatige ondersteuning

De invloed van omgevingsfactoren en een daarop volgende psychosociale interventie zijn een eerste stap in de behandeling van de agressieve patiënt. Deze interventies dienen gericht te zijn op de omgevingsfactoren die vermoedelijk een rol spelen en vragen een creatieve inbreng van de verzorgenden, mantelzorg en huisarts.

Muziek aanbieden, snoezelen, reminiscentie (het ophalen van herinneringen door bijvoorbeeld oude foto's te bekijken), prikkels wegnemen (bijvoorbeeld door het bedekken of beschilderen van deuren en het creëren van een huiselijke sfeer) en een activiteitenprogramma gericht op recreatie of beweging opstellen. Goed getrainde hulpverleners zijn in deze een pré.*5

Een training in 'hoe om te gaan met de agressieve demente patiënt', bijvoorbeeld door de GGZ, kan meer begrip en kunde opleveren waardoor het probleemgedrag door de hulpverlener als minder ernstig wordt ervaren.

Medicamenteuze ondersteuning

De medicamenteuze interventie bij de geagiteerde/agressieve demente patiënt wordt pas dan ingezet wanneer de gedragsmatige ondersteuning onvoldoende effect heeft. De volgende middelen kunnen voorgeschreven worden:

- Antipsychotica
- Anticonvulsiva
- Antidepressiva
- Benzodiazepinen

Antipsychotica:

Haloperidol in lage doseringen (0,5-2mg) heeft vooral invloed op de agitatie en minder op agressie. De bijwerkingen van haloperidol kunnen belemmerend werken in de behandeling van de agitatie. Notabene: geen Haloperidol toedienen aan de patiënt met een Lewy Body dementie vanwege verhoogd risico op extrapyramidale verschijnselen.

Risperidon is ook een mogelijkheid. Hiervan is bekend dat de behandelduur korter kan zijn doordat eerder een stabiele situatie ontstaat dan overige antipsychotica zoals quetiapine. *4 Maar het gebruik ervan geeft kans op een verhoogde mortaliteit en er bestaat een toenemende kans op cerebrovasculaire aandoeningen. Hierin moet een afweging gemaakt worden welk belang voorop staat. Over de werking van risperidon (1-2mg) bij de geagiteerde/agressieve demente patiënt is minder bekend dan bijvoorbeeld haloperidol.

Bijwerkingen van antipsychotica kunnen zijn in de eerste dagen tot weken extrapyramidale verschijnselen (rigiditeit, sedatie en valneiging). Op de langere termijn loopdwang en tardieve dyskinesieën. Herhaaldelijk moet geprobeerd worden of deze middelen kunnen worden gestopt. *1,4

Anticonvulsiva:

Carbamazepine (300mg) voor korte duur (6 weken) is als enige van de anticonvulsiva onderzocht en relevant bevonden bij de geagiteerde/agressieve demente patiënt wanneer antipsychotica onvoldoende effect blijken te hebben. *6 Let op bijwerkingen als ataxie en desoriëntatie.

Antidepressiva:

Sertraline (50mg) en citalopram (20mg) zijn middelen die gebruikt kunnen worden voor de langere termijn als korte termijn interventies niet goed blijken te werken. *7 Bij patiënten met een frontotemporale dementie kan een serotonerg antidepressivum zoals trazodon in een dosering van 150-300mg effectief zijn.

Benzodiazepinen:

Er zijn aanwijzingen dat benzodiazepinen effectief kunnen zijn, nadeel is dat er gewenning en afhankelijkheid kunnen optreden. Wanneer deze middelen toch ingezet worden, is het advies deze niet langer dan 14 dagen zonder onderbreking voor te schrijven. Middelen met een relatief korte halfwaardetijd zoals lorazepam (1mg), temazepam (10mg) of oxazepam(5-10mg) kunnen worden ingezet.

Beslisboom Figuur: zie bijlage

Conclusie:

Huisartsen krijgen meer en meer te maken met probleemgedrag van demente patiënten. Al dan niet wonend in een instelling.

Bij de geagiteerde/agressieve demente patiënt is het van belang dat er gekeken wordt naar wat het gedrag veroorzaakt en welk effect dit heeft. Door middel van de ABC-techniek is goed te beoordelen waar het probleemgedrag vandaan komt. Door het gedrag te observeren kan een behandelplan opgesteld worden. De eerste stap in de behandeling is gedragsmatige ondersteuning en training van (mantel)verzorgenden over hoe om te gaan met het probleemgedrag. Wanneer dit onvoldoende effect heeft kan medicamenteuze ondersteuning in de vorm van antipsychotica, anticonvulsiva, antidepressiva en benzodiazepinen ingezet worden. In het behandeltraject moet meerdere malen geprobeerd worden de medicamenteuze ondersteuning te staken.

Kern:

- Huisartsen krijgen steeds meer te maken met probleemgedrag van demente patiënten
- Het ABC-schema geeft inzicht in mogelijke oorzaken en gevolgen van het probleemgedrag en biedt een kapstok voor gedragsmatige interventies.
- Verzorg een training, bijvoorbeeld door de GGZ, voor de (mantel-)verzorger om te leren hoe te observeren van en omgaan met agitatie en/of agressie.
- Start pas medicatie als gedragsmatige interventies onvoldoende opleveren en probeer regelmatig of stoppen met medicatie mogelijk is.
- Weeg het risico op bijwerkingen af tegen het effect van medicatie.

Literatuur:

Probleem-georiënteerd denken in de Geriatrie van dr. MGM Olde Rikker, dr. MB van Iersel, dr. J Flaming, dr. M Petrovic, dr. JMGA Schols, dr. WHL Hoefnagels, De Tijdstroom, Utrecht 2012

*1 Haloperidol bij agitatie en dementie antipsychotica
Cochrane-review delier dementie A.Wind; H&W april 2009

*2 Prevalence and predictors of neuropsychiatric symptoms in 17 cognitively impaired nursing home patients. Zuidema S., Koopmans R., Verhey.F.
J Geriatr Psychiatry Neurol 2007; 20: 41-49

*3 Gedragsanalyse en ABC-training voor verzorgende. T. Hamer, M. Vink In: Gedrag van slag: gedragsproblemen bij ouderen met dementie. Houten. Bohn Stafleu van Lochum, 2001 p.77-85

*4 Dosage and duration of antipsychotic treatment in demented outpatients with agitation or psychosis
Yi-Ting Lin^h, Tzung-Jeng Hwang^h, Jia-Chi Shan, Huey-Ling Chiang, Yi-Han Sheu, Hai-Gwo Hwu
Journal of de Formosan Medical Association, feb 2015;147-153

*5 Richtlijn voor verpleegkundigen en verzorgenden, Nijmegen Juni 2008:
Omgaan met gedragsproblemen bij patiënten met dementie

*6 Efficacy and Tolerability of Carbamazepine for Agitation and Aggression in Dementia
Pierre N. Tariot, M.D.; Rosemary Erb, R.N., B.S.N.; Carol Ann Podgorski, Ph.D.; Christopher Cox, Ph.D.; Shirish Patel, M.D.; Laura Jakimovich, M.S., R.N.; Carrie Irvine, B.A.
The American Journal of Psychiatry volume 155 Issue 1, January 1998, p 54-61

*7 Review: Management of agitation and aggression associated with Alzheimer disease Clive G. Ballard¹, Serge Gauthier², Jeffrey L. Cummings³, Henry Brodaty⁴, George T. Grossberg⁵, Philippe Robert⁶ & Constantine G. Lyketsos⁷
Nature Reviews Neurology 5, 245-255 (May 2009) | doi:10.1038/nrneuro.2009.39

Auteursinformatie:

R. Daan, huisarts en kaderhuisarts ouderengeneeskunde in opleiding
Drijver&Daan huisartsen, Venediën 26 1441 AK Purmerend
roos@drijverdaan.nl

Demente patient

Probleemgedrag

Agitatie

Agressie

Onderliggende aandoening? Lichamelijk onderzoek
Laboratorium onderzoek

ja
behandelen

nee

ABC schema toepassen

*bepaal verergerende

omgevingsfactoren, identificeer relevante psychosociale factoren (A)

- beschrijf het gedragsprobleem; voor wie probleem? Begeleidende factoren? (B)
- ga na wat het effect is van het probleemgedrag (C)

Plan van aanpak

Verzorg scholing voor verzorgenden (GGZ inzetten?)

Pas gedragspsychologische interventies toe

Persisterend geagiteerd/agressief gedrag?

nee

Geen (medicamenteuze) interventie

ja

Start medicamenteuze ondersteuning

Antipsychotica (haloperidol, risperidon)

Anticonvulsiva (carbamazepine)

Antidepressiva (citalopram, sertraline en bij FTD* trazodon)

Benzodiazepines (lorazepam, temazepam, oxazepam)

*FTD Frontotemporale dementie

Figuur

Stroomdiagram behandeling van agitatie/agressie bij dementie