

Frank Koolen

aios psychiatrie, Mondriaan,
instelling voor ggz, Heerlen

Tessa Kilkens

psychiater, Mondriaan, instelling
voor ggz, Heerlen

Patrick Dobbels

specialist ouderengeneeskunde,
Mondriaan, instelling voor ggz,
Heerlen

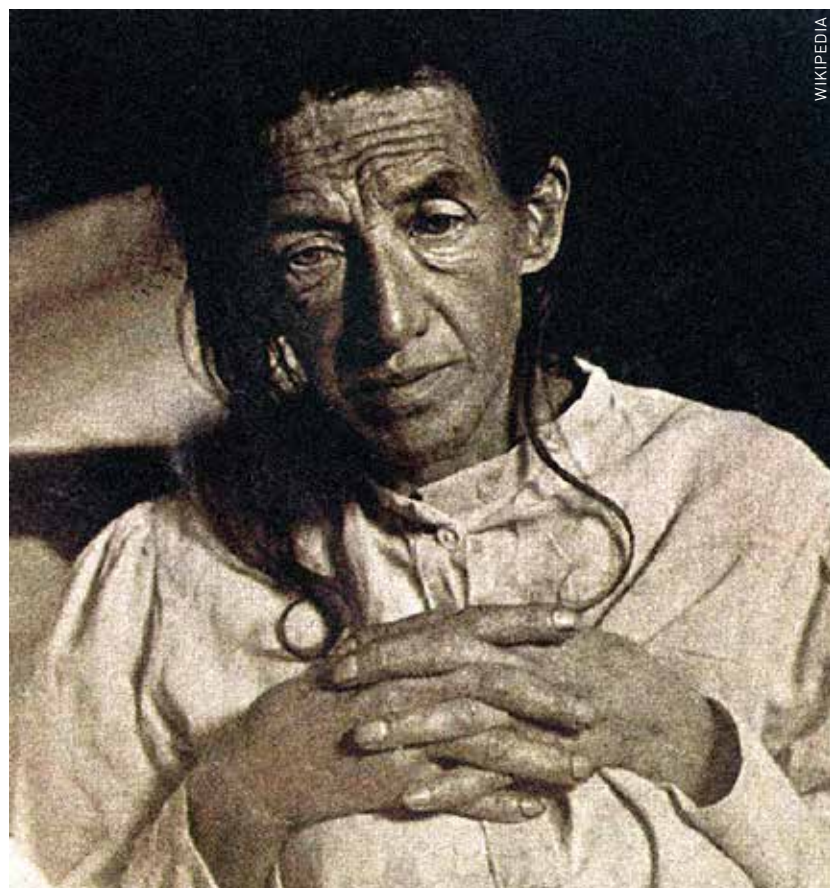
Bas van Alphen

bijzonder hoogleraar klinische
ouderenpsychologie Vrije Universi-
teit Brussel, psycholoog bij Mondri-
aan, instelling voor ggz, Heerlen

INSPLEN OP PERSOONLIJKHEID PATIËNT GEEFT MEER RESULTAAT DAN MEDICATIE

Pak probleemgedrag dementerende via karakter aan

Gedragstoornissen bij ouderen met dementie worden doorgaans bestreden met medicijnen, die niet alleen bijwerkingen hebben maar vaak ook weinig effectief blijken. Inspelen op karaktertrekken van de patiënt kan volgens psychiater in opleiding Frank Koolen en collega's een betere manier zijn om probleemgedrag te verminderen.



Alzheimers eerste patiënte Auguste Deter.

De International Psychogeriatric Association (IPA) noemt gedragsstoornissen bij ouderen met dementie sinds 1996 *behavioral and psychological symptoms of dementia* (BPSD); het zijn de niet-cognitieve symptomen van dementie.¹ BPSD zijn te onderscheiden in vier clusters van symptomen: psychotische, affectieve en gedragsmatige symptomen en autonome dysregulatie. Voorbeelden hiervan zijn wanen, hallucinaties, depressie, apathie, manie, dwalen, agitatie, agressie, slaap- en eetstoornissen. Het uitgangspunt is dat de beschreven symptomatologie deel uitmaakt van de dementie en geen comorbide, afzonderlijke stoornissen vormen. Het BPSD-concept is eigenlijk zo oud als Alzheimers eerste patiënte Auguste Deter. Alzheimer beschreef immers al in 1907 haar achterdocht, angst en ijzige geschreeuw.²

Aangezien 97 procent van de patiënten met dementie binnen vijf jaar na de diagnose één of meer BPSD ontwikkelt, is het logisch dat BPSD deel uitmaakt van het dementiesyndroom. Bovendien zijn BPSD van grote invloed op de ziektelast en kwaliteit van leven van zowel de patiënt als zijn omgeving. Daarnaast zijn BPSD een voorspeller van vroege institutionalisering, kennen ze een sterker progressief beloop van de dementie en correleert het aantal BPSD negatief met de levensduur.²

Mediatietherapie

In de Nederlandse richtlijn voor probleemgedrag bij dementie ofwel BPSD, waarnaar ook de multidisciplinaire

richtlijn Diagnostiek en behandeling van dementie verwijst, wordt aan psychofarmacologie een minimale rol toegeschreven.^{3,4} Dit is gebaseerd op een beperkte effectiviteit in alle vier de symptoomclusters, offlabelgebruik, maar zeker ook op het bij ouderen verhoogde risico op (ernstige) bijwerkingen en zelfs mortaliteit. Aan het failliet van medicatie bij BPSD is reeds treffend aandacht besteed in Medisch Contact.⁵

Niet-medicamenteuze interventies zijn volgens ons het fundament voor de behandeling van BPSD. Als de aanpak zich richt op de omgeving, spreken we van mediatietherapie: de interventies richten zich op een structurele aanpak van het probleemgedrag door in te zetten op aanpassingen van de omgeving van de patiënt, waartoe naasten, mantelzorgers en hulpverleners behoren.

Mediatietherapie heeft inmiddels een plek in de Verenso-richtlijn, maar tot op heden is er bij dit type interventies nauwelijks aandacht voor de onderliggende persoonlijkheidskenmerken van ouderen met BPSD. Het is aannemelijk dat persoonlijkheidskenmerken van de patiënt niet alleen van invloed zijn op het ontwikkelen van BPSD, maar ook op de aard en de ernst ervan.

Model van Beck

Vanuit deze gedachtegang kan het cognitieve model van Beck uitkomst bieden. Hoewel dit model uitgaat van de DSM-5-persoonlijkheidsstoornissen, hoeft de dementerende oudere met BPSD niet per definitie symptomen op stoornisniveau te hebben. Er kunnen premorbide kenmerken zijn van bijvoorbeeld afhankelijkheid, narcisme of dwangmatigheid. Op deze manier haakt het model in op iemands specifieke kernbehoeften en kunnen door een mediatieve interventie de BPSD worden verminderd. Vanuit dit model ontstaat probleemgedrag wanneer een specifieke uitlokkende gebeurtenis conflicteert met de specifieke kernbehoefte van een patiënt, zoals de behoefte aan veiligheid, aandacht of autonomie. Deze specifieke kernbehoeften bepalen tevens het zelfbeeld en beeld van de

ander, en kunnen de patiënt kwetsbaar maken voor specifieke stressoren.⁶

Een vignet:

NARCISTISCH

zelfbeeld	bijzonder
beeld van anderen	inferieur
uitlokkende gebeurtenis	kwetsing
probleemgedrag	agitatie, agressie
kernbehoefte	(zelf)bewondering

Het vignet is van toepassing op een 66-jarige patiënt met korsakovsyndroom bij wie de thuissituatie onhoudbaar is geworden door excessief alcoholgebruik en fysieke agressie naar zijn echtgenote. De patiënt was altijd al een trotse, autonome man, die in zijn gezin erg dominant aanwezig was en status heeft verworven door een goedlopende eigen zaak, waarbij hij zich beter achtte dan de mensen in zijn omgeving. Met het vorderen van de cognitieve stoornissen wordt de patiënt echter steeds afhankelijker in zijn ADL, verzorgt hij zich nog nauwelijks, vergeet te eten en vergeet belangrijke cardiale medicatie te nemen. Zijn echtgenote probeert hem hierin te helpen/aan te sturen, maar dit resulteert in forse verbale en fysieke agressie (probleemgedrag in de vorm van BPSD). Hij wordt gedwongen opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis en ook daar is hij verbaal agressief en intimiderend. Het probleemgedrag neemt toe op momenten waarop hij verzorgd moet worden, als hij medicatie krijgt en als hij herhaaldelijk vergeet waarom hij opgenomen is en dan zijn problemen ontkent. Tevens rookt hij excessief, omdat hij vergeet dat hij net gerookt heeft: zijn sigaretten worden daarom ingenomen en op vaste momenten aan hem gegeven door de verpleging, wat meermaals tot escalaties leidt.

Kernbehoefte

Op basis van het cognitieve model van Beck krijgen verpleging en familie gedragstherapeutische adviezen om de patiënt zoveel mogelijk in zijn narcistische kernbehoefte te voorzien (bewondering). Zo krijgt deze dementerende man een 'speciale' rol bij de dagbesteding en

andere gezamenlijke momenten zoals diner, zoveel mogelijk autonomie in bijvoorbeeld de dagelijkse verzorging en worden discussies over zijn gedwongen opname vermeden. Verder wordt zijn agressie duidelijk begrensd, zodat hij hiervoor geen 'beloning' ondervindt en het probleemgedrag uitdooft. De patiënt wordt zo enerzijds bevredigd in zijn kernbehoefte en anderzijds worden toekomstige, uitlokkende gebeurtenissen (ervaren kwetsing) zoveel mogelijk beperkt waardoor het probleemgedrag uiteindelijk minder optreedt. Naast de omgeving heeft de patiënt zelf ook duidelijk baat bij deze mediatietherapie: hij ervaart minder spanningen, waardoor hoofdpijnklachten afnemen en zijn oxazepaminnamen volledig kan stoppen, hij slaapt beter, is beter gestemd en toont niet meer het eerdere verzet tegen de opname, zodat doorplaatsing mogelijk is naar een geschikte verblijfssetting.

Pragmatische strategie

Mediatieve therapie geënt op de onderliggende persoonlijkheidskenmerken van de dementerende oudere is een nieuwe en pragmatische behandelstrategie bij BPSD. Door primair te focussen op de individuele kernbehoeften van de dementerende oudere en het bieden van een gericht kader aan mantelzorgers en professionals, wordt de *empowerment* van de patiënt en diens omgeving vergroot waardoor BPSD verminderen. Het voorkomt bovendien – in het licht van de huidige ambulantisering van de ouderenpsychiatrie – vroege institutionalisering. De praktijkervaringen zijn positief, maar wetenschappelijk onderzoek zal de (kosten)effectiviteit van deze benadering nog moeten aantonen. ■

contact

f.koolen@mondriaan.eu
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteurs.

web

Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp en de voetnoten vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.