

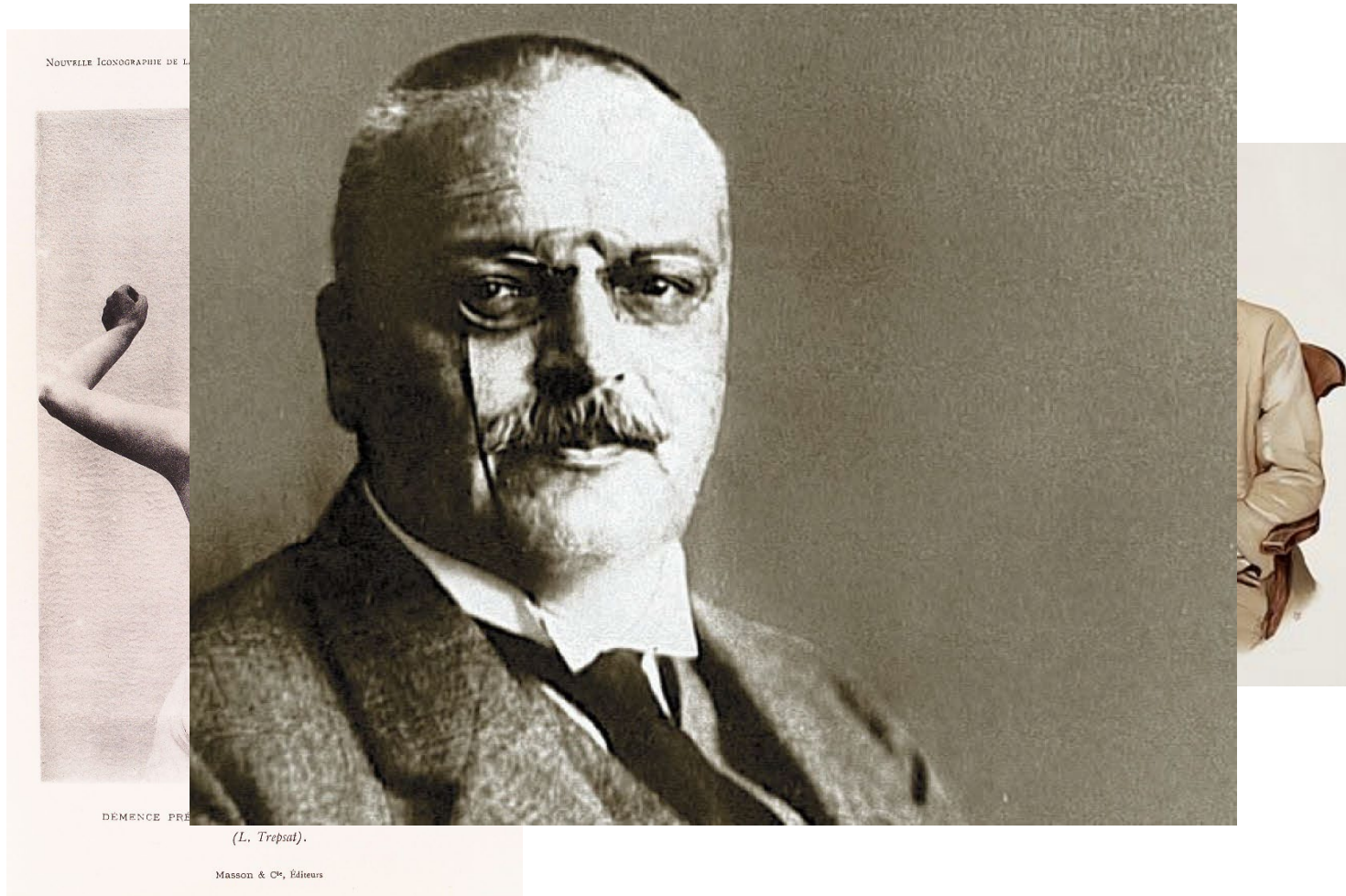
Feasibility of the Cognitive Model of Behavioral Interventions (CoMBI) in older adults with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia

Erol Ekiz

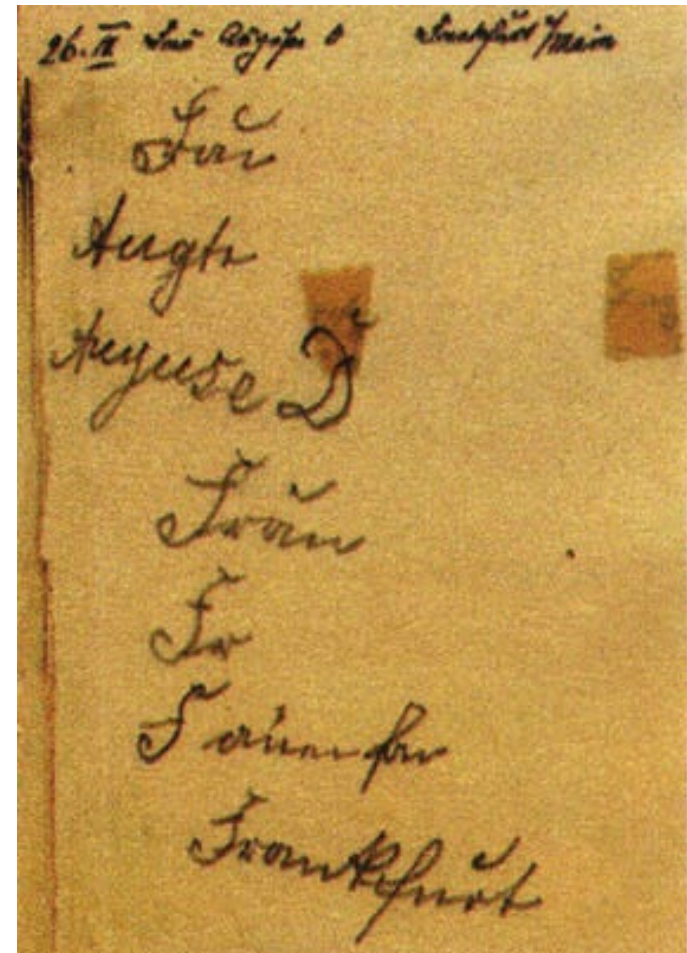
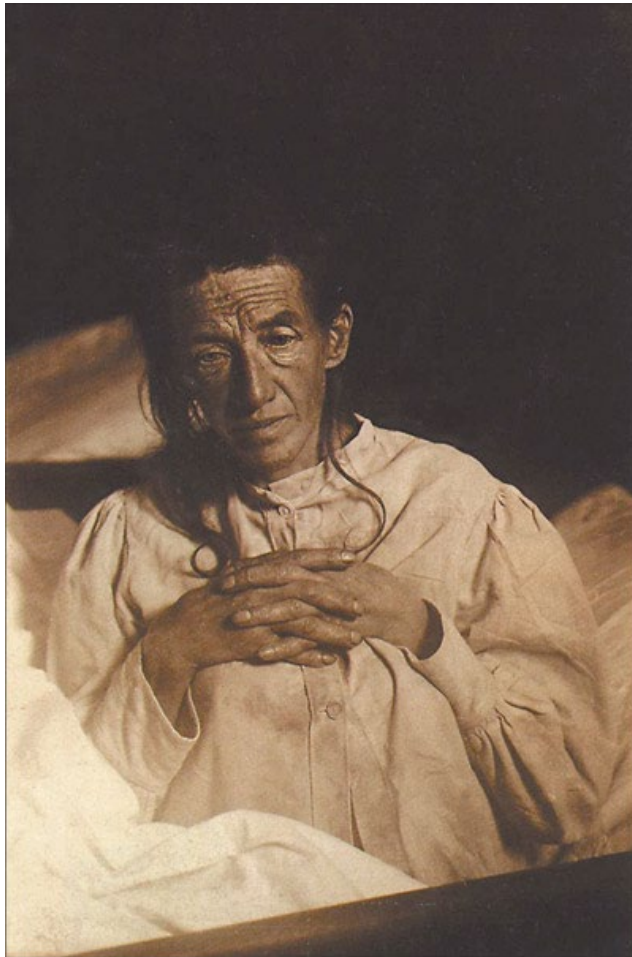
*Klinisch psycholoog GGz Breburg
Promovendus Tranzo, Tilburg University*

30 september 2022

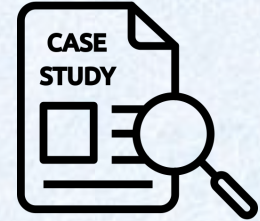
Dementie



Auguste Deter



Casus A.



- De casus betreft een 72-jarige man met een blanco psychiatrisch voorgeschiedenis die in 2018 vanuit het verpleeghuis in een gesloten (psychiatrische) kliniek opgenomen wordt met een IBS. Er is sprake van een uitgebreide neurocognitieve stoornis die 4 jaar geleden is gediagnosticeerd. Er is o.a. planning- en overzichtsverlies met daarnaast visuele hallucinaties en achterdocht.
- Patiënt is sinds één maand opgenomen in het verpleeghuis. Hij liet al in de thuissituatie gedragsproblemen zien met snel oplopende agitatie en agressie. Het beeld lijkt verslechterd sinds medicamenteuze interventies in verpleeghuis, alwaar fysieke agressie jegens het verpleegkundig team heeft plaatsgevonden. Patiënt is ADL afhankelijk.
- Werkdiagnose: ongespecificeerde neurocognitieve stoornis (d.d. Ziekte van Alzheimer, FTD?).

BPSD

Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia:
Symptomen van verstoorde perceptie, gedachteninhoud,
stemming of gedrag die frequent voorkomen bij patiënten
met dementie (Finkel & Burns, 1999).

BPSD

Psychologische

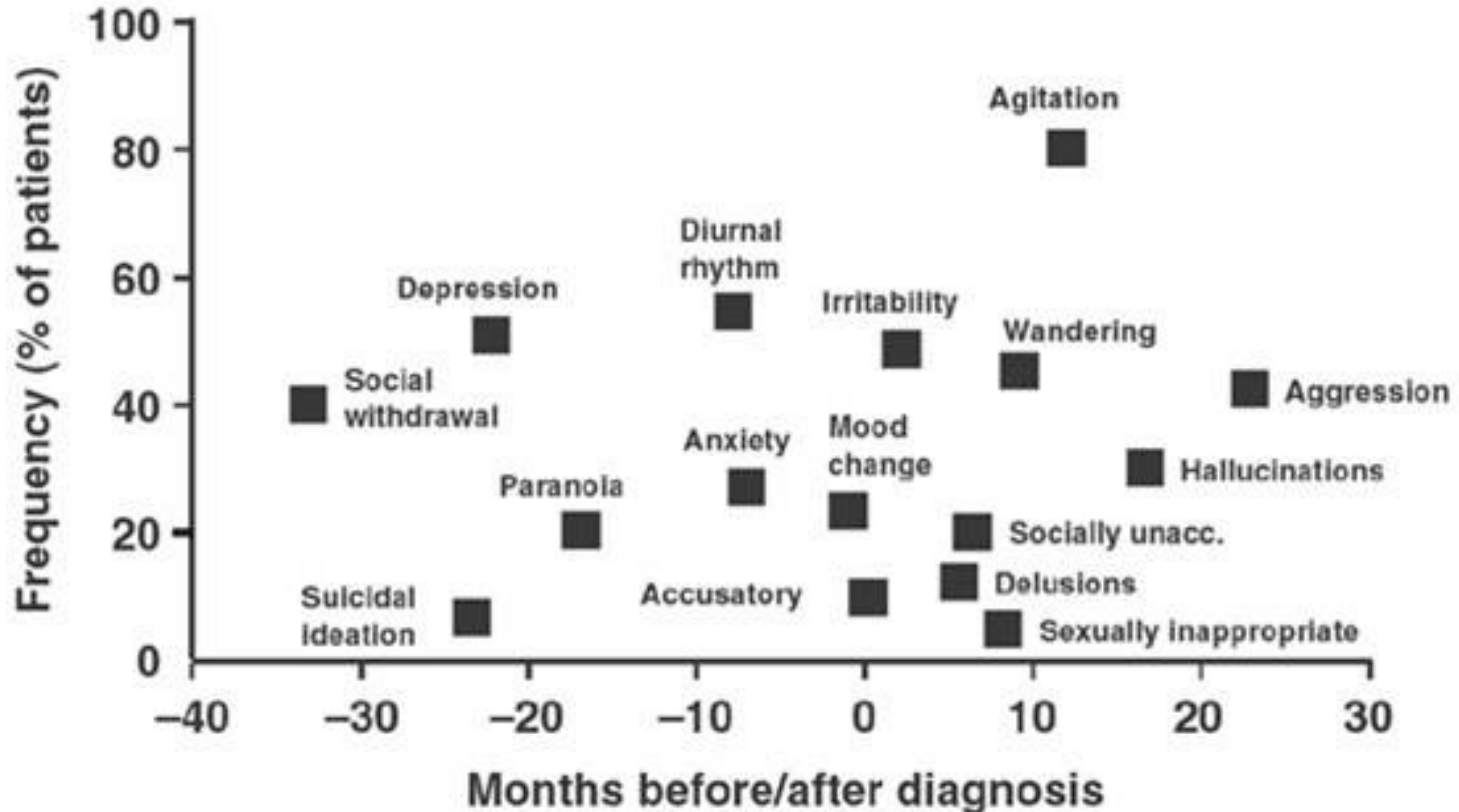
Angst
Depressie
Wanen
Hallucinaties
Apathie

Gedragmatige

Agressie
Schreeuwen
Rusteloosheid
Zwerven
Seksuele ontremming

International Psychogeriatric Association, 2002

BPSD



Jost & Grossberg (1996)

BPSD

Voortijdige institutionalisering

Verhoogde zorgkosten

Verslechterde kwaliteit van leven

Gestreste omgeving

Lager niveau van functioneren

Onnodig medicatiegebruik

*International Psychogeriatric Association, 2002
Cerejeira, Lagarto & Mukaetova-Ladinska, 2012*

Behandeling BPSD



CMPT

Comorbide maladaptieve persoonlijkheidstrekken (CMPT) kunnen fungeren als onderhoudende en/of causale factoren bij probleemgedrag vanuit BPSD.

Mediatietherapie blijkt een bruikbare en effectieve behandelinterventie bij probleemgedrag te zijn.

CMPT kan middels mediatietherapie betrokken worden in de behandeling.



Kernbehoeftes

- We hebben allemaal (kern)overtuigingen over onszelf en over de ander.
 - Bij persoonlijkheidsproblematiek zijn deze overtuigingen op een meer continue basis betrokken bij informatieverwerking.
- We hebben allemaal (emotionele) kernbehoeftes.
 - Bij persoonlijkheidsproblematiek zijn deze behoeftes extremer aanwezig.
- Bij frustratie van kernbehoeftes kunnen (gedrags)problemen ontstaan.

Cognitief model voor PSS

	Zelfbeeld	Beeld van anderen	Uitlokkende gebeurtenis	Probleemgedrag	Kernbehoefte
Paranoïde	Minderwaardig	Gebruikers	Beschuldiging, verraad	Wantrouwen, beschuldigen	Veiligheid
Schizoïde	Eenling	Opdringerig	Intimiteit	Afstand houden	Autonomie
Schizotypisch	Vreemdeling	Bedreigend	Intimiteit, negatief (voor)gevoel	Afzonderen	Veiligheid, angstreductie
Narcistisch	Bijzonder	Inferieur	Kwetsing	Bewondering	(Zelf)bewondering
Antisociaal	Sterk	Te gebruiken	Frustratie	Intimideren	Overheersing
Borderline	Hulpeloos	Misbruikend	Machteloosheid, verlaten, intimiteit	Regisseren, tijdelijk intens hechten, terugtrekken	Autonomie, steun, stabiel contact, controle
Histrionisch	Aantrekkelijk	Verleidbaar	Negering, verlaten	Chameren, overdrijven, amuseren	Bewonderende aandacht
Afhankelijk	Hulpeloos	Steunend	Verlaten, scheiding	Hechten, aanpassen	Steun
Vermijdend	Incompetent	Kritisch	Negatieve beoordeling, negatief gevoel	Sociaal contact vermijden, gevoel vermijden	Acceptatie, vermijden van afwijzing
Dwangmatig	Verantwoordelijk	Onverantwoordelijk Incompetent	Oncontroleerbaar, falen	Controleren, perfectionisme	Vermijden van falen

ABC

ACTIE

Het probleemgedrag. Wat doet de patiënt?
Waar vindt dit plaats?

BEWEGER

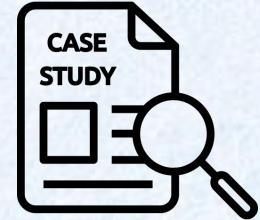
Interne en externe uitlokkers.
Kernovertuigingen? Welke kernbehoefte speelt
een rol?

CONSEQUENTIE

Hoe reageert patiënt en omgeving op het
probleemgedrag? Wat voor invloed heeft dit op
'Actie'? Instandhoudende factoren?



Casus A.

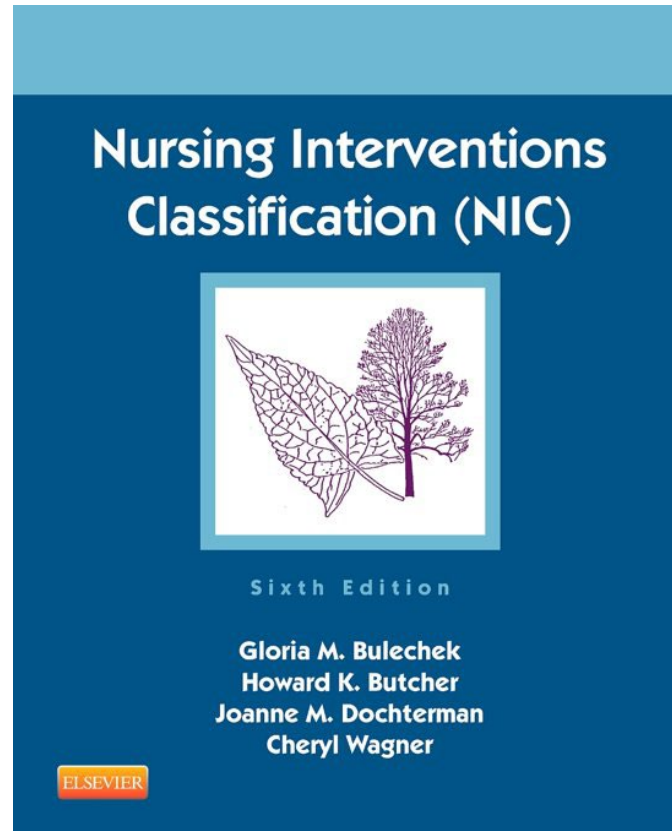


A: Patiënt maakt "grapjes" met een agressieve inhoud (bijv. "ik sla je in elkaar hoor"). Het is onduidelijk hoe patiënt dit bedoelt, omdat hij op dat moment niet altijd geagiteerd lijkt. Probleemgedrag is m.n. in contact met verpleegkundigen wanneer patiënt gevraagd wordt zelfzorg of andere taken op te pakken. Patiënt lijkt hier dan "niet klaar voor".

B: Recente opname (2x in korte tijd); nieuwe, onbekende omgeving en gezichten. Autonomieverlies. Toegenomen achterdocht. Neurocognitieve stoornis.

C: Verpleegkundig team reageert verschillend op het probleemgedrag. Sommigen begrenzen, anderen gaan in discussie of vermijden. Patiënt raakt afhankelijk van reactie geagiteerd (m.n. wanneer discussie ontstaat).

NIC



CoMBI

Cognitive Model of Behavioral Interventions

- 8 of 9 concrete behandelinterventies op kernbehoeften
- Interventies gericht op inhoudelijk contact, houding, omgeving
- Verpleegkundige kaart

CoMBI

Dwangmatig

(kernbehoefte: vermijden van falen)

Inhoudelijk contact

- Geef uitleg bij procedures en bespreek te verwachten indrukken.
- Moedig aan tot niet-prestatiegerichte activiteiten.
- Treed niet in discussie en geef geen negatieve kritiek.

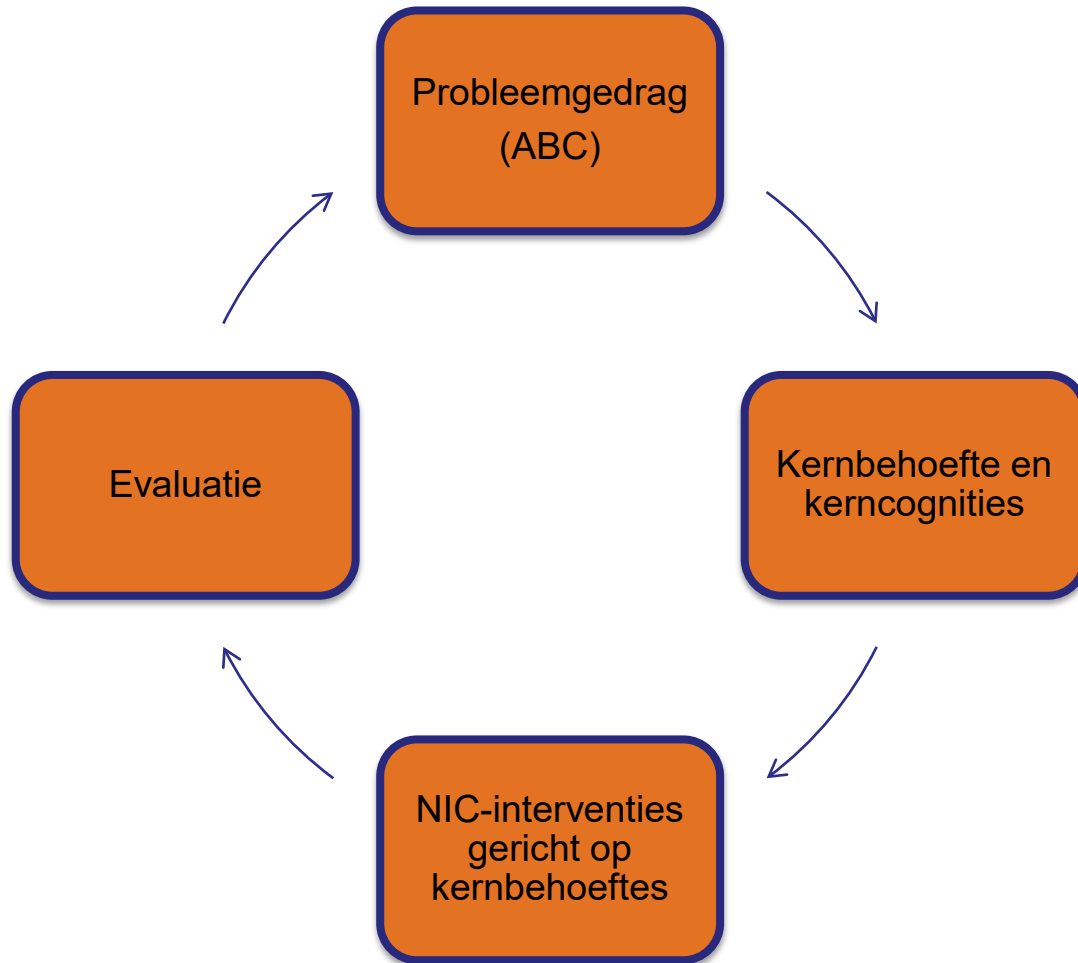
Houding

- Laat de controle bij de patiënt.
- Verander zo min mogelijk gewoontes in de zorgroutine.
- Werk stipt en wees correct in de omgang.

Omgeving

- Plan afspraken zoveel mogelijk op vaste momenten.
- Zorg voor structuur en regelmaat in de omgeving.
- Verander zo min mogelijk regels.

CoMBI



Wetenschappelijk onderzoek

Doelstelling: toepasbaarheid CoMBI onderzoeken.

Hypothese: CoMBI is toepasbaar en is geassocieerd met een significante afname van BPSD.

Methode



Pretest

Combi

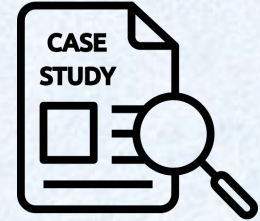


Posttest

Methode

- BPSD:
 - NPI-Q-E (12 domeinen, score 0-36)
 - Wanen, hallucinaties, agitatie/agressie, depressie, angst, euforie, apathie, ontremd gedrag, prikkelbaarheid, doelloos repetitief gedrag, slaapstoornis, eetgedrag verandering
 - CMAI-D (29 gedragingen, score 29-203)
 - Fysiek agressief gedrag (spugen)
 - Fysiek non-agressief gedrag (weglopen)
 - Verbaal geagiteerd gedrag (gillen)

Casus A.



Eerste meting:

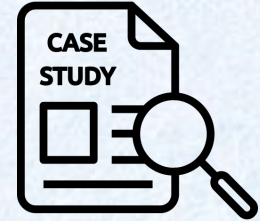
NPI-Q: 22 (m.n. wanen, hallucinaties, agressie)

CMAI-D: 53

Methode

- Comorbide maladaptieve persoonlijkheidstrekken:
 - Hetero-Anamnestiche Persoonlijkheidsvragenlijst (HAP; percentiel 85)
 - Gerontologische Persoonlijkheidsstoornissen Schaal (GPS; afkappunt 5)
 - Personality Inventory for DSM-5 – Informant Brief Form (PID-5-IBF; gemiddelde score van 2 of hoger is klinisch relevant)

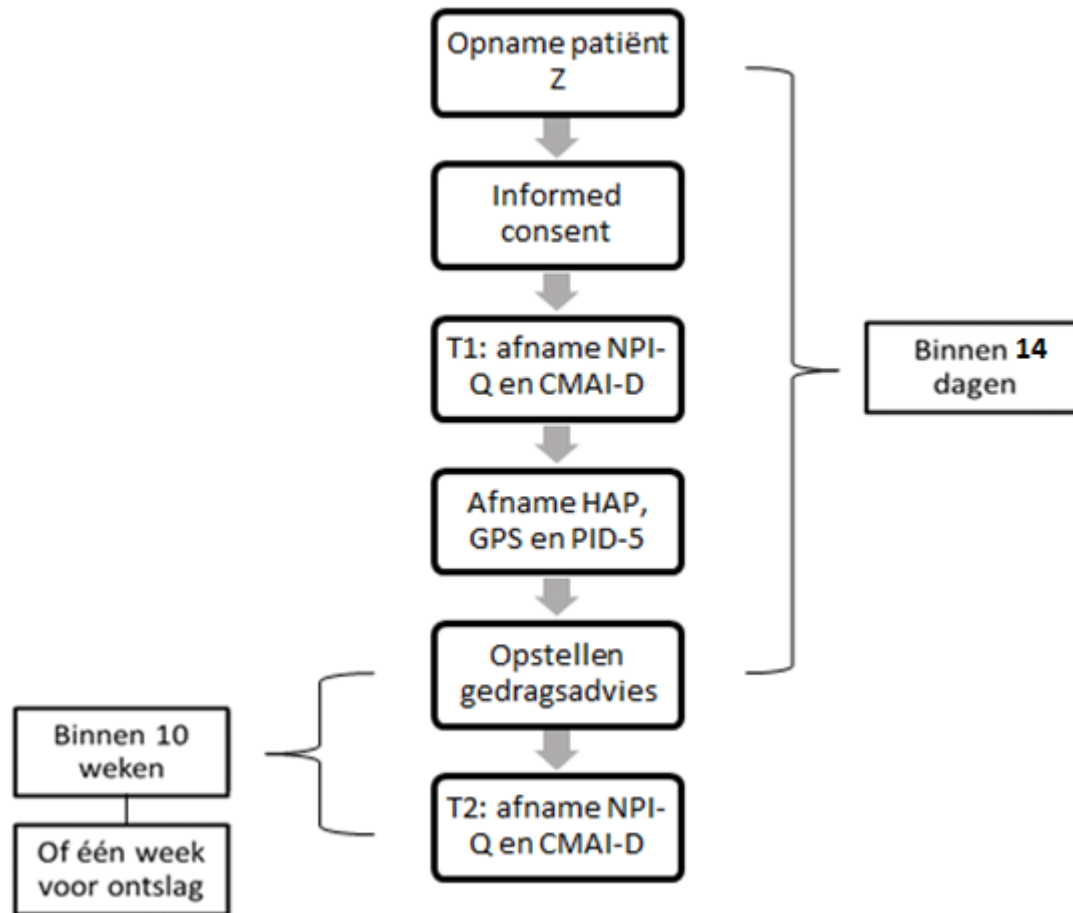
Casus A.



- GPS geeft geen aanwijzingen voor een persoonlijkheidsstoornis.
- PID-5 geeft verhoogde score op Negatief Affect.
- Uit de HAP komen (zeer) hoge scores op onzeker en perfectionistisch gedrag, zelfingenomen gedrag en grillig en impulsief gedrag. Ook scoort hij bovengemiddeld op moeilijk in de omgang en rigide gedrag en kwetsbaar in de omgang. Op wanordelijk gedrag en somatiserend gedrag scoort hij laag.

Dit zou kunnen passen bij dwangmatige en/of narcistische persoonlijkheidstrekken. Echter vallen deze laatste minder op. Daarom lijkt er m.n. sprake van dwangmatige persoonlijkheidstrekken en van daaruit een behoefte aan controle en het vermijden van falen.

Methode

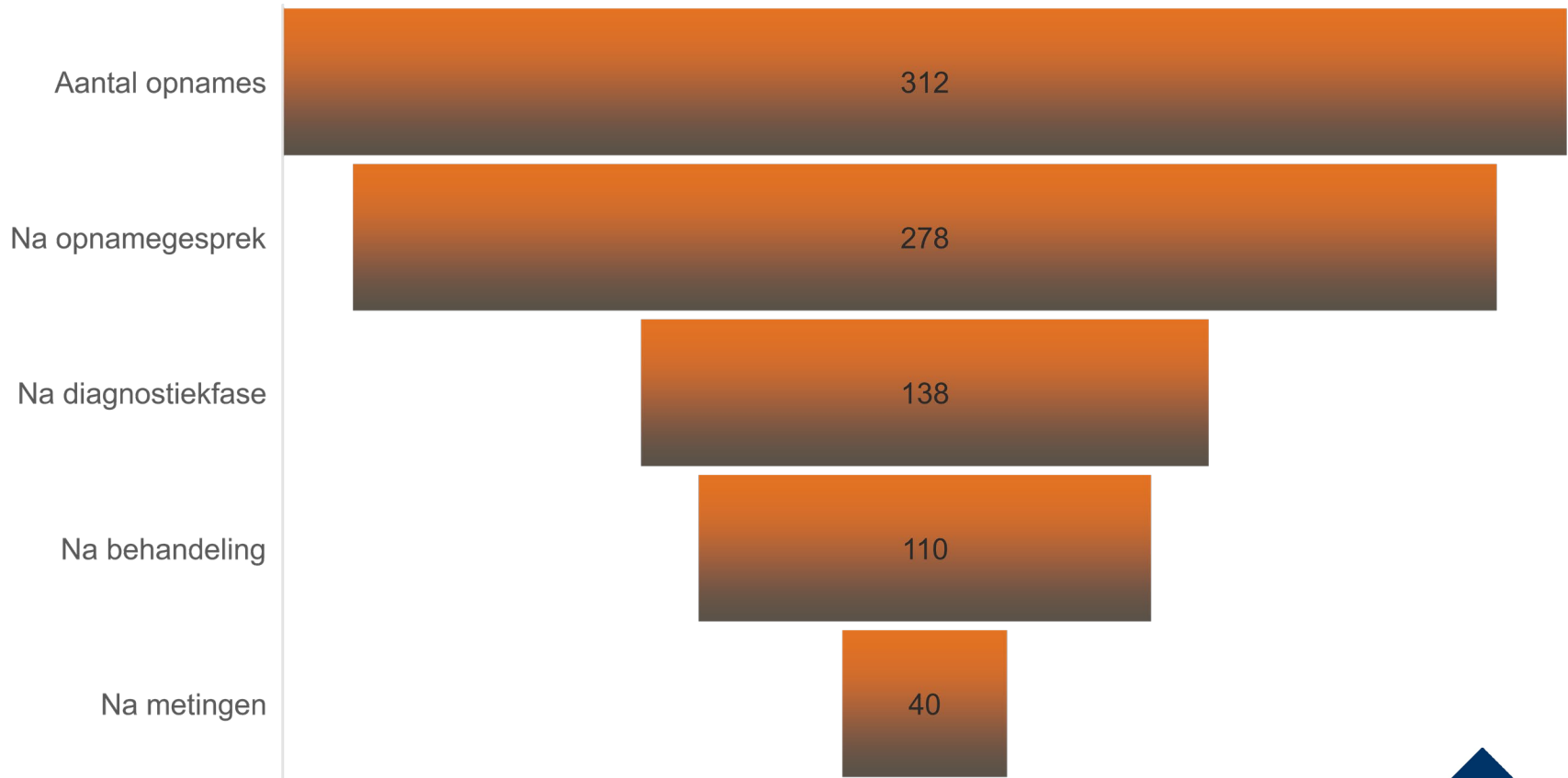


Resultaten

- Patiëntstroom
- Responspercentages
- Ontvangst behandelmethode
- Statistische analyses

Patiëntstroom

Aantal patiënten



Participanten

Characteristic	
Mean age, years	73,8 (sd: 8,49) [range: 57 – 98]
Gender	
Female, n (%)	24 (60%)
Male, n (%)	16 (40%)
Marital status	
Married, n (%)	18 (45%)
Not married, n (%)	22 (55%)
Geriatric psychiatric ward	
Heerlen, n (%)	11 (27,5%)
Tilburg, n (%)	29 (72,5%)
Mean time between measurements, days	52,1 (sd: 19,85) [range: 13 – 80]
Neurocognitive disorder	
Major, n (%)	30 (75%)
Alzheimer's disease	6 (15%)
Frontotemporal	1 (2.5%)
Multiple Etiologies	1 (2.5%)
Parkinson's disease	1 (2.5%)
Substance/medication-induced	1 (2.5%)
Unspecified	15 (37.5%)
Vascular	4 (10%)
With Lewy Bodies	1 (2.5%)
Minor, n (%)	10 (25%)
Personality	
DSM5-personality disorder, n (%)	9 (22.5%)
Borderline PD	3 (7.5%)
Dependent PD	1 (2.5%)
Histrionic PD	1 (2.5%)
Narcissistic PD	1 (2.5%)
Obsessive-compulsive PD	1 (2.5%)
Unspecified PD	2 (5%)
CMP, n (%)	31 (77.5%)



Responspercentages

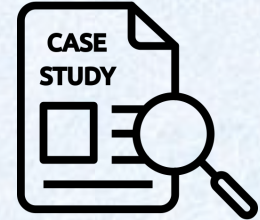
	HAP	GPS	PID-5
Niet ingevuld	0	2	7
Missings	5	4	4
Volledig	35 (88%)	34 (85%)	29 (73%)

	NPI-Q T1	NPI-Q T2	CMAI-D T1	CMAI-D T2
Niet ingevuld	1	0	2	6
Missings	0	2	2	1
Volledig	39 (98%)	38 (95%)	36 (90%)	33 (83%)

Ontvangst behandelmethode



Casus A.



Behandelplan:

- Werk stipt en wees correct in de omgang (spreek met voornaam aan).
- Treed niet in discussie en geef geen negatieve kritiek.
- Laat de controle zoveel mogelijk bij de patiënt.

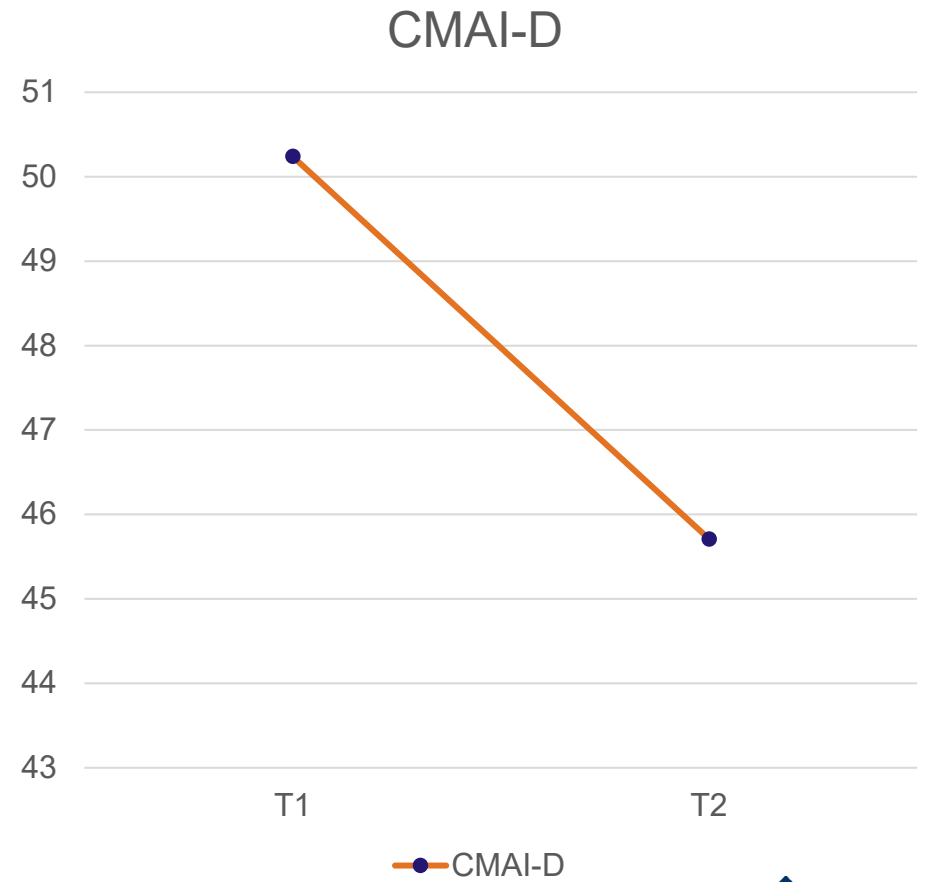
Evaluatie:

- Verpleegkundigen hebben hun bejegening inmiddels verder op patiënt afgestemd en merken daarin dat het voor patiënt belangrijk is om op gelijkwaardig niveau bejegend te worden. Verpleegkundigen geven regie waar kan en overleggen met hem i.p.v. te adviseren/zorgen.

Tweede meting:

- NPI-Q: 8 (was 22; m.n. wanen, angst, agitatie, prikkelbaarheid, nachtelijke onrust afgenomen)
- CMAI-D: 43 (was 53)

Gemiddeldes



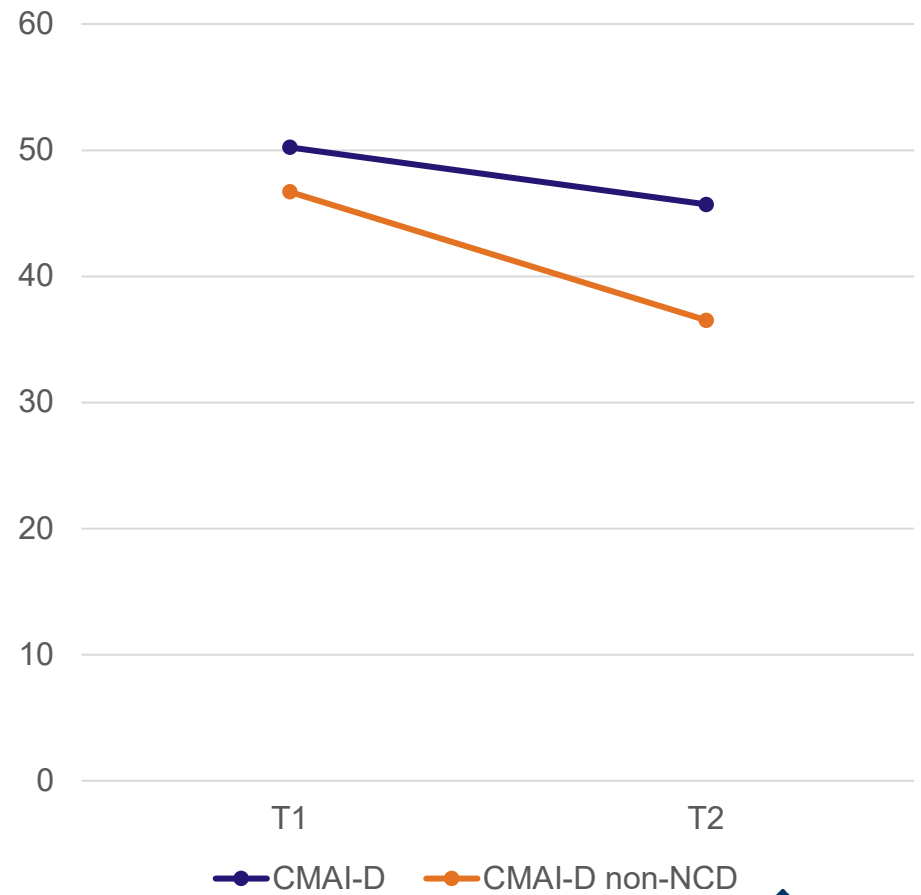
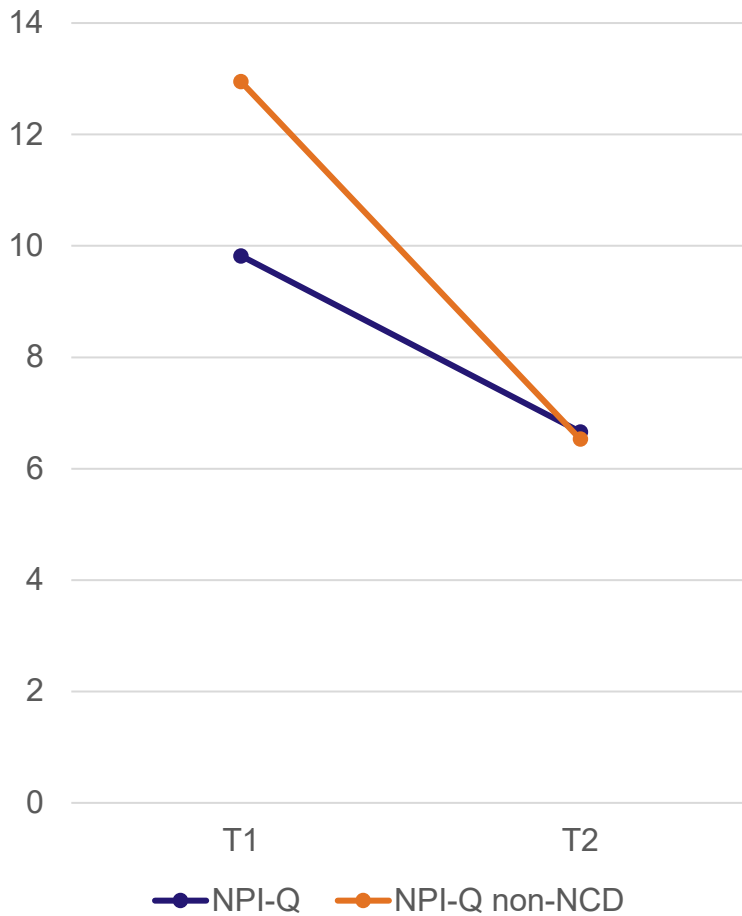
Statistische analyse

Group	Outcome	T1			T2			r	Z- value	t-value	ES
		N	M	SD	N	M	SD				
NCD	NPI-Q-S	39	9.82	5.50	38	6.66	5.27	-	-3.47*	-	0.56
NCD	CMAI-D	38	50.24	16.35	34	45.71	19.36	-	-2.60*	-	0.45

Resultaten

- 21 achteraf geëxcludeerde patiënten.
- Hadden allen toestemming gegeven voor WO.
- Zijn allen behandeld met CoMBI.
- Vertoonden allen problematisch gedrag.

Gemiddeldes



Statistische analyse

Group	Outcome	T1			T2			r	Z- value	t-value	ES
		N	M	SD	N	M	SD				
NCD	NPI-Q-S	39	9.82	5.50	38	6.66	5.27	-	-3.47*	-	0.56
NCD	CMAI-D	38	50.24	16.35	34	45.71	19.36	-	-2.60*	-	0.45
Non-NCD	NPI-Q-S	20	12.95	5.58	20	6.53	2.84	-.12	-	4.26*	0.98
Non-NCD	CMAI-D	21	46.71	12.02	21	36.52	5.38	-.07	-	3.46*	0.74

NCD = Neurocognitive disorder, NPI-Q-S = Neuropsychiatric Inventory – Questionnaire – Severity; CMAI-D = Cohen-Mansfield Agitation Inventory – Dutch

* $p < .05$.

Discussie

- Eerste onderzoek naar CoMBI, een mediatief behandelmodel gericht op comorbide persoonlijkheidstrekken bij ouderen met cognitieve stoornissen.
- CoMBI lijkt zeer toepasbaar binnen deze populatie.
- M.n. afname van ernst van BPSD. Hoewel ook wel significante afname van frequentie.

Discussie

- Eenvoudig te begrijpen en toepasbaar.
- Legt nadruk op observationele en gedragsmatige vaardigheden van verpleegkundigen.
- Gestructureerd behandelprogramma.
- Geen actieve coöperatie nodig van patiënt met cognitieve stoornis, waardoor minimale belasting.
- Verhoogd gevoel van competentie.
- Verlaagde emotionele belasting.
- Persoon achter lastig gedrag wordt in kaart gebracht en gezien.

Kracht

- Ontwikkeling van een nieuw behandelmodel voor een complexe doelgroep.
- Aanwijzingen dat CoMBI een transdiagnostisch model is.
- Een stap verder in gepersonaliseerde zorg voor patiënten met BPSD.

Limitaties

- Geen controle-conditie.
- Patiënten kregen meerdere behandelingen door elkaar.
- Zijn de gekozen verpleegkundige interventies wel de juiste interventies geweest?

Vragen?

