

# Roepen bij dementerenden

Guy Lorent\*

UPC Sint-Kamillus, Bierbeek

**G**edrags- en emotionele symptomen zijn courant bij verscheidene vormen van dementie, er wordt vastgesteld dat 50 tot 90% van de dementerenden in de loop van hun ziekte gedragsmoeilijkheden heeft (Allen-Burges et al, 1999). De gedrags- maar ook emotionele moeilijkheden zijn divers; de dementerende kan geagiteerd zijn, angstig, depressief, hij kan dolen en roepen, slaan en spuwen, huilen en vloeken. Al deze gedragingen betekenen een belangrijke uitdaging voor de mantelzorger en voor de hulpverlener. Ze vragen een authentiek engagement en grote draagkracht om ze te trotseren. Tussen deze gedragingen staat het roepgedrag hoog de rangorde der uitdagingen. Roepgedrag wordt door hulpverleners als een van de meest belastende gedragingen bij dementerenden benoemd (Burgio et al, 1988). Roepgedrag is ook voor bewoners en anderen die in de nabijheid van roepende ouderen verblijven in rusthuis of thuis een belangrijke stressor. Het is een gedrag dat erg prominent aanwezig is en weerstandig aan verandering. Het roepen betekent dat er voor de dementerende zelf een lijden aanwezig is, waarop hij of zij reageert, maar omwille van het moeilijk beheersbare karakter van het roepgedrag en haar erg intrusieve aard gaat het daarbij de aard van zorg die de roepende dementerende krijgt beïnvloeden. Wat maakt dat de dementerende in een situatie terecht komt waar die minder dan optimale zorg en nabijheid krijgt. Het lijden bij de dementerende is duidelijk, roepgedrag is één van de predictoren voor mortaliteit bij dementerende ouderen (Sloane et al., 1999, Cohen-Mansfield et al., 1999) en gaat dikwijls gepaard met depressie, psychotische symptomen, slaapstoornissen en agitatie.

## Definitie van roepgedrag

Wat wij onder “roepen” verstaan en in het engels taalgebruik wordt weergegeven als “screaming”, is slechts een deel van het gedrag dat we hier voor ogen hebben. In de engelse literatuur en kliniek wordt verwezen naar ‘disruptive vocalization’ (ref), ‘repetitive disruptive vocalizations’ (ref) of ‘vocally disruptive behavior’ (ref) hetgeen uit een breder spectrum aan gedragingen bestaat. In het nederlandse taalgebruik hebben we geen parallelle benaming van dit gedrag. Verder in de tekst zal ik ernaar verwijzen als “vocaal storend gedrag” (VSG), omdat niet alleen het roepen, maar het repetitief herhalen, het ongeremd spreken, het gebruik van ongepaste taal ook bij laag volume storend kan zijn.

Het roepen, of het vocaal storende gedrag, wordt dus begrepen als het grommen, krijsen, mompelen, luid zingen, zuchten, luid praten, huilen, gebruik van ongepaste storende taal, en dergelijke meer. Het onderscheid tussen verbaal en non-verbaal wordt gemaakt, tussen het stellen van specifieke vragen en boodschappen of het uiten van betekenisloze taal (Cohen-Mansfield et al, 1997). Cohen-Mansfiels onderscheidt 12 types op kwaliteit en 11 op inhoud van roepen (zie tabel 1).

---

\* Guy Lorent, Klinisch Neuropsycholoog  
email: guy@lorent.org gsm: 0495/22 97 96

Tabel 1: percentage dementerende met vocaal storend gedrag.

	Percentage (N = 45)
<i>Type of sound</i>	
<b>Quality of sound</b>	
Yelling	95.6
Inappropriate verbal	62.2
Loud talk	62.2
Mumble	57.8
Disruptive talk	57.8
Groan	44.4
Other	
Loud song	20.0
Chattering	17.8
Sighing	15.6
Howling	11.1
Shrieking	8.9
<b>Content of sound</b>	
Non-verbal	37.8
Verbal-no meaning	57.8
Verbal-complaints	53.3
Verbal-hallucinations	51.1
Verbal-help	42.2
Verbal-specific requests	37.8
Verbal-cursing	28.9
Verbal-pain	26.7
Vocal-complaining	24.4
Verbal-ADL requests	8.9
Verbal-other content	2.2
<b>Timing</b>	
Constant	77.8
Random	48.9
Apparent pattern	20.0

Nagaratnam (2003) is zuiniger en vertrekt van vier groepen vocaal storend gedrag: (1) aanhoudend roepen (2) perseveratief vocalizeren (3) aanhoudend keuvelen, mopperen, zingen of neurieën en (4) vloeken, grommen en bizarre geluiden maken. De grote groep van dementerenden, die een storend vocaal gedrag vertonen zouden de roepers (screamers) zijn, men stelt verhoudingen vast tussen 38 – 51% (Cohen-Mansfield et al, 1997; Borgio et al, 2001; Cariaga et al, 1991). Ook klagen en betekenisloos praten zijn veel voorkomend. Een dergelijke typologie heeft slechts zin als het ons helpt beter het ontstaan van het roepen te begrijpen en er een specifiekere en effectievere behandeling aan te verbinden. Cohen-Mansfield maakte deze oefening, we bespreken later de resultaten.

Een belangrijk verband werd gevonden tussen het cognitief niveau, met andere woorden de mate waarin de dementie gevorderd was en de aard van het roepen. Naarmate dat het cognitief niveau lager was, en men minder beroep kon doen op het verbaal inhoudelijk communicatief

aspect van de taal, was er sprake van een constanter roepen van niet talige aard (Cohen-Mansfield et al., 1997).

### Voorkomen van roepgedrag

Roepen zou voorkomen bij 10 tot 30% van de rusthuisbewoners (Burgio et al. 2001). Nagaratnam (2001) vindt in zijn groep van 94 ouderen slechts 4 roepers. Zijn omschrijving van het roepgedrag blijft evenwel beperkt tot de “screamers”. In een later overzicht (Nagaratnam et al., 2003) vermeldt hij tussen de 11 en 44% dementerenden met vocaal storend gedrag. Binnen een rusthuissetting wordt dit op 25% geschat.

De grote groep van dementerenden, die een storend vocaal gedrag vertonen zouden de roepers (“screamers”) zijn, men stelt verhoudingen vast tussen 38 – 51% van het totaal storend vocaal gedrag. (Cohen-Mansfield et al, 1997; Burgio et al, 2001; Cariaga et al, 1991)

Als men naar het voorkomen van de verschillende vormen van SVG kijkt, vinden we bij een aantal auteurs een procentuele verdeling terug van types roepgedrag (zie tabel 2). Cohen-Mansfield en Werner (1997) enkele cijfers terug. Roepen (35.4%) en klagen (42.1 %) zijn in haar steekproef van dementerenden met VSG de meest frequent voorkomende types. Het weze opgemerkt dat bij deze opsomming de onderzoekers nog geen gebruik maakten van de hoger vermelde typologie. Als men kijkt naar de types van VSG die zich constant of extreem manifesteerden komen het herhalen van woorden (84.0%), betekenisloze taal (82.0%) en klaaggedrag (81.8%) het meest naar voor. Burgio en medewerkers (2001) gebruikten een andere indeling van VSG die een vergelijking moeilijk maakt

Tabel 2: frequentie van vocaal storend gedrag.

<i>Type of VDB</i>	Cohen- Mansfield & Werner, 1997	Draper et al., 2000	Burgio et al., 2001
Shouting	35.4 %	44,0%	45,6%
Complaining	42.1%	4,0%	
nonsense talk/self-talk	32.1%	12,0%	54,4%
repeating words	28.6%	20,0%	72,1%
requests for attention	14.2%	24,0%	
Hallucinations	11.2%		
Cursing	1.2%	4,0%	33,8%
Crying			38,2%
groaning/moaning/singing		16,0%	51,5%
verbal aggression	1.1%	8,0%	
other VDB	20.5%		2,9%

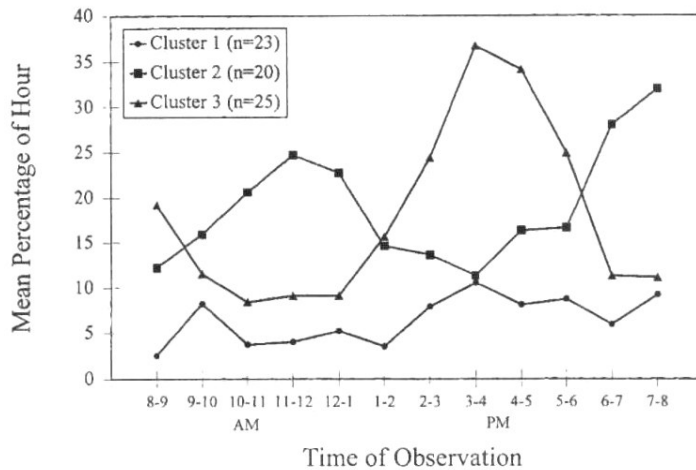
Zij vonden de hoogste frequenties voor herhalen van woorden (72.1%), in zichzelf praten (54.4%) en schreeuwen (45.6%).

Draper en collega's (2000) vonden de hoogste frequentie voor het schreeuwen en roepen, het luide en schrille gedrag werd in 44% van de observaties gemeten. Voortdurende vragen aan aandacht en hulp in 24% van de observaties en grommen, luid zingen en anderen in 16% van de observaties, onmiddellijk gevolgd door betekenisloos praten op 12%. De dementerende die gebruik maakte van niet verbaal geluid onderscheiden zich van de "pratlers" door meer gehoorsstoornissen, ernstige cognitieve stoornissen en een grotere afhankelijkheid in ADL (Sloane et al., 1999).

Over de verschillende onderzoeken heen kan men stellen dat het hard en hoog roepen, samen met de zogenoemde vragen naar aandacht, het voortdurende herhalen van woorden en het nonsense praten de meest voorkomende vormen van vocaal storend gedrag zijn. Welke vorm van vocaal storend gedrag als het meest belastend ervaren worden is een vraag waarop geen antwoord gegeven wordt. Hier en daar wordt wel een hint naar de etiologie van dit gedrag gegeven, reeds in de beschrijving van het gedrag: bij de "vragen naar aandacht" is dit het meest duidelijk.

### **Temporaal verloop van het roepgedrag**

Geïnspireerd door Evans (1987) onderzocht Burgio (2001) de aanwezigheid van een roeppatroon doorheen de dag. Evans stelde een verhoging van agitatie vast in de namiddag en avond bij ouderen in residentieel verblijf, hij noemde dit het "sundown syndrome". Burgio en medewerkers onderzochten bij 68 dementerende ouderen de schommelingen in het roepgedrag verspreid over de dag. Het gedrag bleek een complex en verscheiden patroon te hebben. Via statistische analyse kon hij drie clusters onderscheiden (zie figuur 1). De eerste cluster toonde een relatief lage constante hoeveelheid VSG met slechts een lichte verhoging in de namiddag en avond. De tweede cluster laat een grotere productie van VSG gedrag zien met een geleidelijke verhoging in de ochtenduren met een piek tussen 11:00u en 12:00u, een daling naar 15:00u-16:00u in de namiddag en terug een stijging met een piek rond 20:00u. De derde cluster had twee pieken: één om 8:00-9:00u in de ochtend en een tweede belangrijke piek in de namiddag. Hij kon echter geen verklaring geven op basis van zijn onderzoek voor de reden van bestaan van deze clusters. Cluster 1 bleek de groep met de hoogste cognitieve mogelijkheden te zijn. Draper en medewerkers (2000) vonden twee periodes van frequenter roepgedrag: één tussen 14:00u en 18:00u (36%) en de tweede tussen 6:00u en 10:00u (32%). Een vaststelling die overlapt met de verschillende clusters uit het onderzoek van Burgio. Op basis van deze bevindingen op een totaal van 93 observaties kan men enkel besluiten dat de complexiteit van de verspreiding van het roepgedrag over de dag groot is en dat er een aantal verschillende factoren invloed op uitoefenen. Er zijn aanwijzingen in de richting van "sundowning", er zijn aanwijzingen in de richting van een gevoeligheid voor omgevingsveranderingen (ochtendverzorging, wisseling van diensten,..), maar beiden zijn op zich niet voldoende om de verschillen in patroon te verklaren.



Figuur 1: gemiddeld percentage per uur waarop VSG vastgesteld werd (Burgio et al, 2001)

## Comorbiditeit

Roepen of vocaal storend gedrag komt niet geïsoleerd voor, vele onderzoekers zochten naar frequent voorkomende factoren die gepaard gaan met roepgedrag.

Draper en medewerkers (2000) stelden vast dat het roepen veel voorkwam bij patiënten die tevens meer functionele stoornissen hadden dan ouderen die niet roepen, meer communicatiemoeilijkheden en een grotere sociale isolatie. Het algemeen cognitief niveau van roepende dementerenden blijkt in zijn studie laag te zijn.

Men ziet ook meer andere gedrags- en emotionele problemen bij deze groep: het gaat meestal over dementerenden in een verder stadium van hun ziekte, dikwijls gepaard gaande met depressie en/of angststoornissen, fysieke agressie en slaapstoornissen. Het verband met depressie is nauwkeurig onderzocht en een duidelijke correlatie met roepgedrag is gevonden (Dwyer and Byrne, 2000). In welke richting dit begrepen moet worden is niet duidelijk.

## Hypothesen over de functie en ontstaan van roepgedrag

Het beschrijven van dit fenomeen heeft maar zin in zoverre het ons iets leren kan over de etiologie van het gedrag. Met andere woorden kan het een antwoord geven op de vraag: "Waarom roept deze dementerende?" Het antwoord op deze vraag hebben we nodig omdat we vermoeden dat er meerdere oorzaken bestaan van het VSG, en we uitgaan van de redenering dat we bij de behandeling van het gedrag de redenen van ontstaan of van instandhouding moeten kennen.

Cohen-Mansfield en Werner (1997) vatten de mogelijke theorieën bij het ontstaan van roepgedrag samen in vier categorieën. Ten behoeve van de duidelijkheid en de volledigheid maken we er zes van, we splitsen sensorische deprivatie en sociale isolatie uit en voegen er overstimulatie aan toe.

1. Het vocaal storend gedrag is een gevolg van neurologische veranderingen en schade verbonden met de dementie die leidt tot desinhibitie of de onmiddellijke oorzaak is van het roepen. Na een onderzoek bij 12 dementerenden met roepgedrag concludeert Nagaratnam (2003) dat het roepen, het lawaaimaken, een gevolg kan zijn van schade aan de frontale kwab

en/of van onderbrekingen van het fronto-subcorticaal circuit. Zijn groep bestond uit patiënten met de ziekte van Alzheimer en met vasculaire dementie met verscheidene CVA lokalisaties.

2. Vocaal storend gedrag is een vanzelfsprekend gevolg op pijn en komt voor bij mensen wiens mogelijkheden tot communicatie afgenomen of verminderd zijn. Zij proberen hun lijden te communiceren doorheen het roepen. De pijn is meestal een fysische pijn geassocieerd met ziekte en beperktheden, maar het kan ook gaan over mentale pijn, zoals bij een depressie.

3. Vocaal storend gedrag kan een gevolg zijn van sensorische deprivatie. Verschillende factoren dragen bij tot een gebrek aan sensorische stimulatie in een rusthuis: er kan te weinig stimulatie zijn omwille van een steriel georganiseerde woonomgeving, er kan een gebrekkige verwerking zijn van de sensorische informatie omwille van leeftijd en dementie en er kan een sensorische deprivatie zijn omwille van hun gebrekkige mogelijkheden om te interageren met hun omgeving. Sensorische deprivatie kan leiden tot verhoogde stress, tot hallucinaties en gevoelens van angst. Dit kan op zijn beurt leiden tot storend vocaal gedrag.

4. Veel personen met een hersenletsel van welke aard dan ook kunnen minder prikkels verwerken, of meer tijd nodig hebben om informatie te verwerken. Dit betekent dat in een omgeving waar veel prikkels aanwezig zijn, de persoon snel overgestimuleerd kan worden, wat leiden kan tot ongemak, irritatie, agitatie en vocaal storend gedrag.

5. Povere communicatieve vaardigheden leiden tot sociale isolatie. Net zoals sensorische deprivatie kan dit leiden tot angst, verveling, maar ook tot eenzaamheid en depressie. Elke van deze kan bij povere cognitieve en zeker bij beperkte communicatieve mogelijkheden leiden tot VSG.

6. Vocaal storend gedrag kan een geleerd gedrag zijn. Een storend gedrag zoals roepen mobiliseert heel wat nabijheid en betrokkenheid van hulpverleners in een sociaal vacuüm dat een rusthuis kan zijn. Meestal op het moment van het roepen zelf, zal men trachten de persoon tot rust te brengen. Dit, zelfs al gaat het om negatieve aandacht, kan een belangrijke bekrachtiging zijn die het gedrag aanmoedigt. Zelfs al zijn het gerechtmatige vragen van de dementerende zoals honger, toiletbezoek, pijn. Het ingaan om deze vragen na een ongewenst gedrag, versterkt het ongewenst gedrag.

Elk van deze mogelijke oorzaken, impliceert een mogelijke behandeling van het storende roepgedrag. Elke behandeling zal erop gericht zijn via een andere weg tegemoet te komen aan de noden die de dementerende via zijn roepgedrag communiceert.

### **Behandeling van roepgedrag.**

In elke tekst, in elk advies geformuleerd rond vocaal storend gedrag wordt het krachtige en het halsstarrige van dit gedrag benadrukt. De kans om dit volledig te elimineren is klein, de kans om het af te bouwen is beperkt. De inspanning om maximaal tegemoet te komen aan de noden van de dementerende is belangrijk. De kans op succes op individueel vlak is op voorhand nauwelijks te voorspellen en we zijn verplicht op basis van onze ambitie om goede zorg te verlenen elke mogelijkheid uit te werken.

1. Het behandelen van de neurologische aandoening op zich is niet mogelijk. Dementie is een onomkeerbaar proces en er bestaan nog geen middelen om hieraan iets te verhelpen. Op de medicamenteuze mogelijkheden gaan we niet in. Enkel dit: de literatuur onderstreept meermaals dat weinig farmaceutische middelen een goed effect hebben op roepgedrag en frequent wordt een paradoxaal effect beschreven. Enige resultaten worden bereikt met anti-depressiva.

2. Een eerste evidente stap is het controleren op mogelijke somatische oorzaken van pijn of ongemak. Een grondig medisch onderzoek en een eventueel daaropvolgende behandeling van pijnklachten. Hoewel de anticholinesterase inhibitoren ook resultaten boeken op het vlak van gedragsmoeilijkheden valt het farmacologische aspect buiten bereik van deze tekst. De beperkte resultaten die er te vinden zijn wijzen op een niet onaanzienlijk aantal gevallen waar dit mogelijk mede aan de oorzaak van het VSG lag. In één studie werd vastgesteld dat bij 23% van een groep van 32 roepende rusthuisbewoners sprake was van te behandelen pijn (Cohen-Mansfield & Werner, 1997).

3. Een tweede mogelijkheid is de beslissing of de dementerende lijdt ten gevolge van overstimulatie of ten gevolge van sensorische deprivatie. In het geval van sensorische deprivatie zijn er heel wat mogelijkheden (o. a. Allen-Burge et al. 1999).

Tactiele stimulatie door het aanbieden van pluche dieren, soms met een vibrator erin om stimulatie te versterken. Aanbieden van zelf-massagetoestellen, massagesessies door hulpverlener, trilkussen.

Visuele of auditieve stimulatie: muziek of versterking van de omgevingsgeluiden in een rusthuis. Een voorbeeld hiervan is het spelen van geluidscassettes met rustige muziek zoals geluiden van een branding of een bergstroom (bvb: Goddaer & Abraham, 2005). Zelfs door het gebruik van geluidsopnames waarbij de aanwezigheid van een gesprekspartner gesimuleerd werd, behaalde men positieve resultaten (simulated presence therapy SPT, Burgio et al, 1996). Ook het aanbieden van opgenomen beeldmateriaal zowel met een interactief opzet naar muziek en beweging (Video Respite, Lund et al., 1995) als naar beeldmateriaal van gezinsleden resulteerde in afname van storend roepgedrag. Ook Cohen-Mansfield (1997) experimenteerde met muziek en video. De gebruikte muziek was verscheiden en gekozen door familieleden op basis van de voorkeur van hun roepend familielid. Het doel van de videoband was het voorzien van visuele en auditieve stimulatie, maar ook de indirecte interactie met een geliefde en kwam op deze wijze ook tegemoet aan de sociale isolatie.

4. Bij overstimulatie is de opdracht ogenschijnlijk eenvoudiger. Men zorgt ervoor dat de hoeveelheid prikkels die de persoon krijgt beperkt is. Er zijn vele mogelijkheden: men kan hem alleen laten eten, meer uren op de kamer doorbrengen, de televisie niet te luid zetten, slechts één prikkel tegelijk aanbieden: niet praten én televisie én radio; niet wassen én praten. Het moeilijke is in te schatten hoeveel sociaal contact de persoon minimaal moet hebben om niet in een toestand van sociale isolatie en deprivatie te raken.

5. Een derde stap is te controleren op de wijze waarop iemand sociaal geïntegreerd is en aldus de sociale isolatie aan te pakken.

De sociale isolatie werd door Cohen-Mansfield aangepakt door één-op-één interacties (1997). Deze hadden als doel directe stimulatie te bieden via interactie. De wijze waarop deze aangeboden werd was voorbereid zowel op stijl van interageren als op aard van activiteiten die aangeboden werden. Een reeks activiteiten was geordend op basis van de actieve

betrokkenheid die ze vroegen van de roepende dementerende. Men begon steeds met de meest actieve. Voorbeelden van interactie waren a. conversatie over vakantie, eten, dieren, gevoelens; b. bewegingsoefeningen; c. sensorische stimulatie op tactiel, visueel en olfactorisch niveau; d. manuele oefeningen zoals puzzels, collages maken etc... De activiteiten zijn aangepast aan het cognitieve niveau van de dementerenden, waar het begrip beter was werd er geconverseerd over de hobby's, het verleden, eten en familie. Waar de interactie minder mogelijkheden had, werd er voorgelezen, werd er gesproken over het weer over de eigen familie.

6. Tenslotte moeten we rekening houden met de mogelijkheid dat gedrag ook geleerd kan zijn. Er zijn technieken die er op gericht zijn om de mogelijke bekrachtiging van het roepgedrag op te heffen, het roepgedrag af te bouwen en het wenselijk gedrag te versterken (Buchanan & Fisher, 2002). Dit facet van de behandeling vraagt discipline en consequent handelen van elk lid van een team. Het roepen zelf mag geen aanleiding meer geven tot een belonend gedrag van welke aard dan ook. Zelfs al wordt het moeilijke gedrag maar om de twee dagen beloond, kan dit nog bekrachtigend werken. De doelstelling is het loskoppelen van de nood die de persoon ervaart van de wijze waarop die het wil bereiken en hem/haar alternatieven aan te bieden. Na een zorgvuldige observatie en analyse van het gedrag kan men trachten de persoon zijn noden te vervullen op momenten dat het roepgedrag niet voorkomt. Als hij of zij rustig is kan eten, of drank, één op één gesprekken, muziek, .. aangeboden worden. Bij het starten van het roepgedrag moet dit dan onmiddellijk afgebroken worden. Op deze wijze ga je het wenselijke gedrag differentieel versterken. Je kan het roepgedrag ook grotendeels negeren, maar wel bewaken dat je aan de noden van de persoon tegemoet komt onafhankelijk van het roeppatroon en dat bekrachtiging enkel tijdens de momenten met gewenst gedrag plaatsvindt. Bij roepen tijdens de verzorging is het niet wenselijk om de verzorging te onderbreken, maar moet eerder geëxperimenteerd worden met de wijze van benaderen, moet gezocht worden naar maximale communicatieve mogelijkheden en een maximaal comfort. De cyclus van aandacht trekken, één-boodschap zinnen, bevestiging vragen moet rigoureuus bewaakt worden en er moet gezocht worden hoe de gevoeligheden van de dementerende voor koude, warmte, schaamte, aanraking, gedempt kunnen worden.

## **Resultaten:**

Het succes van een behandeling van het vocaal storend gedrag is beperkt. Meestal wordt er gesproken in termen van een statistisch significante vermindering van het gedrag. Het verdwijnen wordt zelden vastgesteld. We vinden cijfers terug van 45% (Slaone et al, 1999), 23% (Burgio et al., 1997), 74% (Goddeer et al., 1994), .

Als we gaan kijken naar de effectiviteit van specifieke interventies wordt dit meestal bekeken vanuit een onmiddellijke reactie van de roepende dementerende de effecten op langere termijn worden niet altijd besproken.

Vanuit de hypothese dat pijn en ongemak een oorzaak kan zijn van het VSG stelde Cariaga en medewerkers (1991) vast dat bij vijf van de 24 roepende rusthuisbewoners in zijn studie, het regelmatig herpositioneren leidde tot een vermindering van het VSG. In een andere studie werd vastgesteld dat er bij 23% van een groep van 32 roepende rusthuisbewoners sprake was van te behandelen pijn (Cohen-Mansfield & Werner, 1997).

Bij de andere interventies in diezelfde studie was de één-op-één interventie het krachtigste, onmiddellijk gevolgd door het kijken naar een videotape van hun familieleden.



In termen van vermindering van gedrag werd er een vermindering vastgesteld van 56% tijdens de sociale interactie, van 46% tijdens de videoband, van 31% tijdens de muziek en zelfs een vermindering van 16% bij geen interventie (Hawthorne-effect?).

Erg interessant is het te gaan kijken bij welk soort roepgedrag welke interventie het meest effectief is. Cohen-Mansfield en Werner(1997) vonden dat sociale interactie het meest effectief is bij gedrag dat vraagt naar aandacht en herhalen van woorden, het vertonen van de familievideoband was het meest effectief bij hallucinaties (spreken met iemand die niet aanwezig is) en het laten luisteren naar muziek had een weinig specifiek maar algemeen effect op de verschillende vormen van roepgedrag. Gezien de kleine inspanning dat dit laatste vraagt is dit wel een erg welkome interventie. Anderen vonden dat naarmate de muziek meer overeenstemt met de precieze smaak van de roepende dementerende, het succes ervan groter was (Gerdner & Swanson, 1993). Maar los van de aard van het roepen, of de veronderstelde reden van het roepen waren er belangrijke individuele verschillen in effectiviteit. Voor de meeste onder hen bleek de sociale interactie het roepgedrag het beste te beheersen, voor een beperkter aantal werkte de videoband het beste, voor 2 van de 32 subjecten bleek louter het aanbieden van muziek tot vermindering van het VSG te leiden (Cohen-Mansfield & Werner, 1997).

Meares en Draper (1999) stelden vast dat het voornamelijk het gecombineerd aanbieden van een aantal behandelingen tot betere resultaten leidt. De oorzaken die aanleiding geven tot het roepgedrag kunnen immers van verschillende aard zijn en gecumuleerd leiden tot roepen of tot een toename van dit roepgedrag. Een voorbeeld hiervan kunnen we terugvinden bij Allen-Burges (1999). Men stelde toevallig vast dat er bij het kapper bezoek opvallend lage frequenties roepgedrag gemeten werden. De hypothese ontstond dat dit te maken had met het geluid van de haardroger die men als “witte ruis” bestempelde en die aanleiding gaven tot het experimenteren met geluidscassettes met soortgelijke “ruis” zoals bergstromen en branding van de zee. Hoewel men (Burgio et al., 1996) daar positief resultaat mee boekte, ging men voorbij aan het feit dat het haarverzorgingsgebeuren een veel complexere situatie is waar naast de ruisende haardroger, sprake is van sociale interactie, van relaxatie, van lichamelijk contact, van olfactorische stimulatie. Een geheel van stimuli die op een goede manier gehanteerd tegemoet komt aan vele mogelijke oorzaken van vocaal storend gedrag.

## **Rest-roepen**

Veel onderzoekers stellen vast dat met de gebruikte methoden ze regelmatig succes hebben in het behandelen van het storende vocaal gedrag, maar stellen anderzijds evengoed vast dat ze zelden een volledig verdwijnen van het roepen, schelden, grommen of schreeuwen verkrijgen. Meares (1999) zet alle mogelijkheden hiervan op een rijtje.

De gedragingen die een gevolg zijn van veranderingen in de frontale circuits (Cummings, 1993) zoals bij fronto-temporale dementie zijn moeilijk te wijzigen. De beperkte cognitieve functies als gevolg van deze neurologische schade zijn een gunstig klimaat voor het aanhouden van het roepgedrag.

Een tweede mogelijkheid is het feit dat bij ernstige cognitieve stoornissen de taalmoelijkheden gestoord zijn. Als het vocaal storend gedrag een communicatieve functie krijgt, dan is de kans dat het blijft bestaan groter. Tenslotte stellen ze vast dat de verwachting van de hulpverleners dat het roepgedrag volledig zou kunnen verdwijnen, de houding naar de dementerende en naar het behandelprogramma bepaald. Men merkte meermaals op dat de therapietrouw vanuit de hulpverleners niet altijd groot was en dat ze de neiging hadden toch

op een natuurlijke wijze in te gaan op het roepgedrag. Door deze intermittente bekrachtiging van het roepen kan deze aanhouden.

## **Besluit**

Roepen is een veel voorkomend gedrag met belangrijke implicaties naar dementerende en zorgverlener. Het is een gedrag dat met de nodige zorg geobserveerd en geanalyseerd dient te worden. Afhankelijk van de hypothetische oorzaak bij elke individuele dementerende dient een behandelingsplan opgesteld te worden. Hierbij kan rekening gehouden worden met effectiviteit en efficiëntie als een goede analyse de behandeling vooraf gaat. Verschillende benaderingen zijn getest. Hoewel de onderzoeken onderling moeilijk vergelijkbaar zijn, zijn er een aantal gemeenschappelijkheden in aanpak, die als leidraad kunnen dienen voor de hulpverlener in het ziekenhuis of in het rusthuis. Een gecombineerde benadering verdient hierbij de voorkeur. Uitgaan van een mogelijke cumulatie van uitlokkende factoren vergroot vermoedelijk de kans op succes. Meerdere noden aanspreken vergroot in elk geval de kwaliteit van de behandeling. Hoewel er regelmatig vastgesteld wordt dat het vocaal storend gedrag zelden volledig verdwijnt, is de mate van vermindering toch voldoende om degelijke inspanningen te verantwoorden.

## Referenties:

- Allen-Burge, R., Stevens A.B., Burgio, L.D. (1999). Effective behavioral interventions for decreasing dementia-related challenging behavior in nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*;14:213-232.
- Buchanan, J.A., Fisher, J.E. (2002). Functional assessment and noncontingent reinforcement in the treatment of disruptive vocalization in elderly dementia patients. *Journal of Applied Behavioral Analysis*;35(1):99-103.
- Burgio, L.D., Butler, F., Engel, B.T. (1988). Nurses' attitudes towards geriatric behavior problems in long-term care settings. *Clinical Gerontologist*. 7: 23-34.
- Burgio, L.D., Scilley, K., Hardin, J.M., Hsu, C. Yancey, J. (1996). Environmental 'white noise': An intervention for verbally agitated nursing home residents. *Journal of Gerontological and Psychological Science*; 51B:354-373.
- Burgio, L.D., Scilley, K., Hardin, J.M., Hsu, C (2001). Temporal pattern of disruptive vocalization in elderly nursing home residents. *International Journal of Geriatric Psychiatry*; 16: 378-386.
- Cariaga J., Burgio, L, Flynn, W, Martin, D. (1991). A controlled study of disruptive vocalizations among geriatric residents in nursing homes. *Journal of the American Geriatric Society*; 39:501-507.
- Cohen-Mansfield, J, Werner, P. (1997). Typology of disruptive vocalizations in older persons suffering from dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*; 12: 1079-1091
- Cohen-Mansfield, J, Werner, P. (1997). Management of verbally disruptive behaviours in nursing home residents. *Journal of gerontology: medical sciences*;52A:M369-M377.
- Cohen-Mansfield, Marx, M.S., Lipson, S., J. Werner, P. (1999). Predictors of mortality in nursing home residents. *Journal of clinical epidemiology*; 52: 273-280.
- Cummings, J.L. (1993). Frontal-subcortical circuits and human behaviour. *Archives of Neurlogy*;50(8):873-880.
- Doyle, C., Zapparoni, T., O'Connor, D., Runci,S.(1997). Efficacy of psychosocial treatment for noisemaking in severe dementia. *International psychogeriatric Association*;9:405-422.
- Draper, B, Snowdon, J., Meares, S., Turner, J., Gonski, P., McMinn, B., McIntosh, H., Latham,L., Draper, D., Luscombe,G. (2000). Case-controlled study of nursing home residents referred for treatment of vocally disruptive behaviour. *International Psychogeriatrics*; 12:333-344.
- Dwyer, M., Byrne, G.J.A. (2000). Disruptive vocalization and depression in older nursing home residents. *International psychogeriatrics*;12:463-471.
- Evans, L.K (1987). Sundown syndrome in institutionalized elderly. *Journal of the American Geriatric Society*; 35: 101-108.

Gerdner, L.A., Swanson, E.A. (1993). Effects of individualized music on confused and agitated elderly patients. *Archive of Psychiatric Nursing*;72:284-291.

Goddaer, J, Abraham, I.L. (2005). Effect of relaxing music on agitation during meals among nursing home residents with severe cognitive impairment. *Arch. Psychiatr. Nurs.*;8(3):150-158.

Lund, D.A., Hill, R.D., Caserta, M.S., Wright, S.D. (1995). Video Respite™: An innovative resource for family, professional caregivers, and persons with dementia. *Gerontologist*; 35:683-687.

Meares, S., Draper, B.(1999). Treatment of vocally disruptive behaviour of multifactorial aetiology. *International Journal of Geriatric Psychiatry*;14:285-290.

Nagaratnam, N., Lim, W. Hutyn, S. (2001). Some problematic behaviors in Alzheimer's dementia. *Archives of gerontology and geriatrics*; 32:57-65.

Nagaratnam, N., Patel, I., Whelan, C. (2003). Screaming, shrieking and muttering: the noise-makers amongst the dementia patients. *Archives of Gerontology and geriatrics*;36:247-258.

Sloane, P.D., Davidson, S., Knight, N., Tangen, C., Mitchell, C.M. (1999). Severe disruptive vocalizers. *Journal of the American Geriatric Society*; 47(4):439-445.