
Boos, bedreigd of impulsief? Een onderzoek naar premorbide persoonlijkheid en agressie bij psychogeriatrische verpleeghuisbewoners

Auteurs: A. J. C. (Toine) Thissen, John L. P. Ekkerink, Margje M. Mahler, Yolande Kuin, Roland B. Wetzels, Debby L. Gerritsen

Samenvatting

Experimenteel onderzoek toont aan dat persoonlijkheid een rol speelt in het optreden van agressief gedrag bij volwassenen. Onderzoek naar de invloed van premorbide persoonlijkheid op agressie bij dementie laat echter tegenstrijdige resultaten zien. Voor 166 psychogeriatrische verpleeghuisbewoners vulden verzorgenden de Nederlandstalige versie in van de Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI-D), terwijl familieleden de Hetero-Anamnestiche Persoonlijheidsvragenlijst (HAP) invulden. Agressie bleek goed te scheiden van andere vormen van agitatie op de CMAI-D. Vier HAP-schalen correleerden significant met agressie zoals gemeten met de CMAI-D: Moeilijk in de omgang, Grillig en impulsief gedrag, Rigide gedrag en Kwetsbaar in de omgang. De invloed van persoonlijkheid nam af met cognitieve achteruitgang, maar bleef bestaan tot in dementiestadium 6 van de Global Deterioration Scale. Analyse van de items van de HAP leverde een eerste profiel op van de agressiegeïncipide persoonlijkheid.

Premorbid personality and aggressive behavior: a study with residents of psychogeriatric nursing homes

Abstract

From experimental research it appears that personality plays a role in causes and onset of aggressive behavior in adults. However, studies about the influence of premorbid personality on aggressive behavior of older persons with dementia show contradictory results. In this study we gathered data on personality and behavior of 166 residents of psychogeriatric nursing homes. Nursing staff filled out the Cohen-Mansfield Agitation Inventory (Dutch version, CMAI-D). Proxy family members completed the Hetero Anamnestic Personality questionnaire (HAP). Results showed that on the CMAI-D aggression could be distinguished from other forms of agitation. Four subscales of the HAP showed significant positive correlations with aggression as measured with the CMAI-D. These subscales were: Antagonism, Whimsical and impulsive behavior, Rigid behavior, and Being vulnerable in social interactions. Although the influence of personality decreased with increasing cognitive impairment, it was still present in stage 6 of the Reisberg Global Deterioration Scale. In depth analysis items of the HAP revealed a first profile of the aggression prone personality.

Kernwoorden: agressie, dementie, premorbide persoonlijkheid, verpleeghuis

Keywords: Aggression, Dementia, Nursing home, Premorbid personality

Inleiding

Bij ouderen die lijden aan een vorm van dementie is agressie een probleem. Zuidema vond in een groot representatief onderzoek dat meer dan de helft van de psychogeriatrische verpleeghuisbewoners zich minimaal eenmaal per week agressief gedraagt.¹ Agressie hangt samen met de zorglast die verzorgenden ervaren.² Agressieve bewoners worden vaker gefixeerd³ en behandeld met antipsychotica.^{3,4,5} Antipsychotica veroorzaken sufheid, extrapiramidale bijwerkingen en een verhoogde

kans op mortaliteit.⁵ Vanwege deze nadelen wordt in toenemende mate gepleit voor het behandelen van gedragsproblemen met psychosociale interventies waarvoor wetenschappelijke ondersteuning is gevonden.^{5,7}

Preventie van agressie begint met het identificeren van risicofactoren.^{8,9} Empirische ondersteuning voor samenhang met agressie werd gevonden voor cognitieve achteruitgang,^{1,10} geslacht¹¹ en taalproblemen.³ In dit onderzoek zijn we geïnteresseerd in de samenhang met premorbide persoonlijkheid.

Onderzoek naar de invloed van premorbide persoonlijkheid op agressie laat tot op heden tegenstrijdige resultaten zien.⁹ Ryden vond bij zelfstandig wonende dementerenden een verband tussen premorbide agressie en agressief gedrag.¹³ Archer et al. vonden een verband tussen agressie/agitatie en een lage mate van aangenaamheid.¹⁴ In een aantal kleinere studies werd echter geen verband gevonden tussen premorbide persoonlijkheid en agressie.^{15,16,17} Mogelijke verklaringen voor deze discrepanties zijn verschillende conceptualisaties van agressie en het gebrek aan gevalideerde meetinstrumenten voor persoonlijkheidsonderzoek bij dementie.¹⁸ Met de uitgave van de Hetero-Anamnestic Personalities Questionnaire (HAP) bestaat er nu een voor de verpleeghuispopulatie ontwikkelde vragenlijst.¹⁹ In het nu volgende wordt ingegaan op het concept agressie, meer specifiek het onderscheid tussen agressie en agitatie en de rol van persoonlijkheid in theoretische benaderingen van agressie.

Agressie en agitatie

In de literatuur over probleemgedrag bestaat discussie of agitatie en agressie een unitair concept vormen.²⁰ *Agressie* refereert naar gedragingen die gemotiveerd zijn om (een ander) schade toe te brengen, waarbij de ander dit probeert te vermijden.²¹ We maken onderscheid tussen fysieke agressie (slaan, krabben, bijten, duwen, met voorwerpen gooien, vernielen) en verbale agressie (beledigen, beschuldigen, dreigen, schelden, vloeken, kleineren). *Agitatie* refereert naar een toestand van rusteloze activiteit gepaard gaande met opwinding en/of angst.²² Er kan sprake zijn van motorische onrust (rondlopen, herhaalde bewegingen, voorwerpen manipuleren, niet kunnen stilzitten) en verbale onrust (roepen, aanklappen, jammeren, aanhoudend praten of klagen). Agitatie kan tot agressief gedrag leiden, immers door een verhoogde arousal reageert men eerder ontremd. In de conceptuele benadering van Cohen-Mansfield²² is agressie onderdeel van agitatie. Voor de op deze benadering gebaseerde Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI) worden meestal drie factoren beschreven: fysieke agressie, fysiek niet-agressieve agitatie en verbale agitatie.^{23,24} De factor fysieke agressie in het onderzoek van Zuidema bevat items waarvan de vraag rijst of ze als agressie bestempeld kunnen worden: 'vreemde geluiden maken', 'gillen, krijsen' en 'spugen (ook tijdens maaltijden)'. Daarnaast liet hij items met een prevalentie beneden de 10% uit de analyse weg (waaronder 'schoppen', 'bijten', 'met voorwerpen gooien' en 'zichzelf of anderen bezeren').²⁰ In dit onderzoek zal gepoogd worden een zuivere 'agressie'-factor te identificeren op de CMAI.

Persoonlijkheid en agressie

Dodge et al. onderscheiden twee typen agressie. Proactieve agressie is gericht op het vertoon van macht door anderen te intimideren en/of domineren. Dit wordt 'cold-blooded' agressie genoemd. Reactieve agressie betreft de afweer tegen een waargenomen dreiging of woedeopwekkende stimulus, de 'hot-blooded' agressie.²⁵ Reactieve agressie is een reactie op een ontlokkende stimulus, terwijl proactieve agressie zonder ontlokker plaatsvindt.

Theorieën omtrent agressie beschrijven verschillende persoonlijkheidsdimensies die een rol spelen in het optreden van agressief gedrag. Globaal zijn deze in drie groepen te verdelen, verwijzend naar de titel van dit artikel, nl. 1) een geneigdheid tot negatief affect en vijandige cognities (boos), 2) een geneigdheid stimuli als een bedreiging te ervaren (bedreigd) en 3) een gebrek aan zelfregulatie (impulsief).^{26,27}

Bettencourt et al. voerden een meta-analyse uit op 63 onderzoeken bij volwassenen waarin de relatie tussen persoonlijkheid en agressief gedrag experimenteel gemanipuleerd werd.²¹ Zij vonden acht persoonlijkheidsvariabelen die een significant effect hadden op geobserveerd agressief gedrag (zie Tabel 1). We gebruiken de engelse benamingen omdat sommige termen moeilijk te vertalen zijn. Twee variabelen – trait aggressiveness en trait irritability – bleken zowel in neutrale als ontlokkende omstandigheden tot meer agressie te leiden. Deze zouden tot proactieve agressie predisponeren. De overige variabelen hingen alleen samen met agressie in ontlokkende omstandigheden, en zouden tot reactieve agressie predisponeren.

Tabel 1 Persoonlijkheidsvariabelen met een effect op agressie in de meta-analyse van Bettencourt et al. en de verwante HAP-schaal

Variabele	Auteurs	Vragenlijst	Definitie	HAP schaal
Trait aggression	Buss & Perry, 1992	Aggression Questionnaire	Neiging tot fysiek en verbaal agressief gedrag, vijandige cognities en boosheid	Moeilijk in de omgang
Trait irritability	Capara & Renzi, 1981	Irritability Scale	Neiging snel kwaad te zijn, zich aanvallend te gedragen en aanstoot te nemen aan de minste provocatie	Moeilijk in de omgang
Trait anger	Spielberger, Jacobs et al., 1983	Trait Anger Scale	Neiging agressief te reageren wanneer men bekritiseerd of oneerlijk behandeld wordt	Kwetsbaar in de omgang
Type A personality	Friedman & Rosenman, 1974	Jenkins Activity Form	Neiging ongeduldig, ambitieus, competitief, overactief, tijdsbewust en perfectionistisch te zijn	-
Emotional Susceptibility	Capara, Cinnani et al., 1985	Emotion Susceptibility Scale	Neiging om zich bij waargenomen dreigingen gestresst, aangevallen en kwetsbaar te voelen	Rigide gedrag
Dissipation-rumination	Capara, 1986	Dissipation-Rumination Scale	Neiging om kwaadheid langdurig te koesteren en erger te maken (of zich er juist snel overheen te zetten)	-
Impulsivity	Grush et al., 1986	Impulsivity Scale	De mate waarin men niet in staat is het eigen denken en handelen te controleren	Grillig en impulsief gedrag
Narcism	Raskin & Terry, 1988	Narcissistic Personality Inventory	Overtrokken waardering van zichzelf zich uitend in superieur gedrag, devaluatie van anderen en slecht verdragen van kritiek	Zelfingenomen gedrag /Kwetsbaar in de omgang

Conceptueel vertonen de variabelen overlap. Van belang is om ze te begrijpen als kenmerken die predisponeren tot agressie. Deze variabelen worden hieronder beschreven naar de eerder genoemde kenmerken.

Een geneigdheid tot vijandige cognities en/of affect ('boos') betreft de neiging snel geprikkeld en heftig kwaad te worden (trait aggression, trait irritability, trait anger), de neiging vijandige cognities te hebben (trait aggression), en de neiging anderen te

devalueren om het ego uit te vergroten (narcisme). Dit betreft eigenschappen die zowel tot proactieve als reactieve agressie predisponeren.

De geneigdheid stimuli als een bedreiging te ervaren ('bedreigd') betreft het zich in het algemeen snel gestresst of bedreigd voelen (emotional susceptibility), het slecht verdragen van falen of zich belemmerd voelen in het streven zich te bewijzen (type A personality), overgevoelig zijn voor kritiek of krenking (trait anger, narcissism) en de neiging om herinneringen aan negatieve ervaringen lang te koesteren (rumination). Het gaat om reactieve agressie.

Een gebrek aan zelfregulatie ('impulsief') betreft het onvermogen de eigen gedachten en gedragingen te controleren (impulsivity). Hierdoor worden uitgelokte agressieve impulsen minder goed beheerst, hetgeen leidt tot reactieve agressie.

In Tabel 1 wordt weergegeven welke HAP-schalen conceptueel verwant zijn aan deze persoonlijkheidsvariabelen. Type A personality en dissipation-rumination, worden met de HAP niet gemeten, de overige variabelen vertonen verwantschap met bepaalde HAP-schalen.

Bewoners die hoog scoren op Moeilijk in de omgang en Zelfingenomen gedrag lijken het meest gepredisponeerd tot agressie, daar zij zowel in neutrale als ontlokkende omstandigheden eerder agressie zullen vertonen. Hoogscorers op Grillig en impulsief gedrag, Kwetsbaar in de omgang en op Rigide gedrag zullen eerder agressief reageren in ontlokkende omstandigheden. In het huidige onderzoek kunnen we niet onderscheiden of de agressie proactief of reactief was. Dit betekent dat we van vijf HAP-schalen een samenhang met agressie zouden verwachten, maar mogelijk een sterkere met Moeilijk in de omgang en Zelfingenomen gedrag.

Methode

Procedure en deelnemers

De WAALBED-II studie is een longitudinaal onderzoek van twee jaar met halfjaarlijkse metingen naar het beloop van probleemgedrag bij 290 psychogeriatrische verpleeghuisbewoners van negen verpleeghuizen in het zuiden en oosten van Nederland. Informatie betreffende de premorbide persoonlijkheid was niet in het oorspronkelijke design opgenomen. Op initiatief van de psychologenwerkgroep van het Universitair Kennisnetwerk Ouderen Nijmegen (UKON) zijn een aantal maanden na de start van Waalbed II de contactpersonen van de bewoners die nog in leven waren (n=223) schriftelijk benaderd met het verzoek om de HAP in te vullen. Er werden 166 bruikbare lijsten geretourneerd.

In de onderzoeksgroep waren in vergelijking met de landelijke verpleeghuispopulatie vrouwen oververtegenwoordigd (82%), was de gemiddelde leeftijd hoog (83,2 jr) en de opnameduur lang (bijna 3 jaar).

Meetinstrumenten

De CMAI-D is de voor het Nederlands taalgebied gevalideerde versie van de CMAI en bestaat uit 29 items die agitatie meten op een 7-puntsschaal van 'nooit' tot 'meerdere keren per uur'.³⁰ De CMAI-D telt drie subschalen: Fysieke agressie, Onrust en Verbale agitatie, gebaseerd op het eerder beschreven onderzoek van Zuidema.²⁰

De HAP is een informantvragenlijst bestaande uit 62 items met drie antwoordmogelijkheden. De HAP bestaat uit tien inhoudschalen (zie Tabel 4) die premorbide persoonlijkheidskenmerken meten en twee controleschalen die de beoordelingstendens vaststellen. Met behulp van scores op de controleschalen worden de inhoudschalen gecorrigeerd voor positieve en/of negatieve vertekening. De Commissie Testaangelegenheden Nederland heeft de betrouwbaarheid en validiteit als voldoende beoordeeld.¹⁹ De informanten waren (schoon)kinderen (n=104), partner/echtgeno(o)t(e) (n=22), broer/zus (n=9), andere familieleden (n=15) of onbekend (n=16).

De Global Deterioration Scale (GDS) is een beoordelingsschaal die de ernst van dementie in zeven stadia beschrijft.³¹ Deze werd door een aan de afdeling verbonden psycholoog of arts ingevuld. Op basis van de toegewezen stadia werd de onderzoeksgroep in drieën verdeeld: de bewoners in de stadia 4 (n=13) en 5 (n=38) samen, de bewoners in stadium 6 (n=73) en die in stadium 7 (n=42).

De ADL-afhankelijkheid werd gemeten met de InterRAI Long Term Care Facility sectie G (2005, versie 07) een observatieschaal

met antwoordcategorieën variërend van 0 (onafhankelijk) tot 6 (totaal afhankelijk) die door verzorgenden werd ingevuld. De ADL-hiërarchie wordt gescoord volgens een beslisboom.³²

Cognitie werd gemeten met de Severe Impairment Battery-short version (SIB-s). De SIB-s kan ook bij mensen met ernstige dementie afgenomen worden. Scores variëren van 0 (zeer ernstige cognitieve stoornissen) tot 50. De maximale score sluit ernstige cognitieve stoornissen uit, echter kan ook behaald worden met lichte of matige cognitieve stoornissen. De SIB-s is gevalideerd voor gebruik in het Nederlands.³³ Bij 142 bewoners werd de SIB-s afgenomen door een psycholoog of arts.

Resultaten

Vraag 1) Is agressief gedrag op de CMAI-D te onderscheiden van andere vormen van agitatie?

De items 'verkeerd kleden of uitkleden' en 'verkeerd gebruik van voorwerpen' werden uit de analyse van de CMAI-D verwijderd, daar zij primair voort kunnen komen uit dyspraxie. De antwoorden op de overige items werden in drie categorieën verdeeld, te weten *nooit* ('nooit'), *af en toe* ('minder dan eens per week' en '1 a 2 keer per week') en *regelmatig* ('meerdere keren per week' t/m 'meerdere keren per uur'). Hierdoor kon een hogere score op een te vormen schaal slechts bereikt worden door het vertonen van verschillende typen gedrag en niet door het veelvuldig voorkomen van één type. Vervolgens werd een principale componenten analyse met varimax rotatie uitgevoerd. Er werden negen factoren gevonden met een eigenwaarde > 1. Omdat op de negende factor slechts één item laadde, werd het aantal tot acht factoren teruggebracht, die inhoudelijk goed te interpreteren waren (Tabel 2).

Tabel 2 Resultaat van de principale componenten analyse op de CMAI-D; alleen factorladingen > 0,40 worden getoond (N=166)

Item	Factor 1 Agressie	Factor 2 Verbale agitatie	Factor 3 Motorische onrust	Factor 4 Verzameldrang	Factor 5 Seksuele toenadering	Factor 6 Oraal deviant gedrag	Factor 7 Repetitief gedrag	Factor 8 Theatraal gedrag
Bijten								
Slaan	0,84							
Krabben	0,80							
Schoppen	0,77							
Vloeken of verbale agressie	0,70 0,59							
Gooien met voorwerpen	0,57							
Zichzelf of anderen bezeren	0,56	0,40						
Anderen vastpakken	0,50							
Negativisme		0,76						
Klagen		0,74						
Buitensporig vragen om hulp/aandacht		0,69					0,49	
Gillen, krijsen	0,42	0,46					0,40	

Ijsberen, doelloos rondlopen			0,84					
Algemene rusteloosheid			0,69					
Weglopen			0,66					
Voorwerpen verstoppen				0,83				
Voorwerpen verzamelen				0,82				
Verbale seksuele toenadering					0,86			
Lichamelijke seksuele toenadering					0,83			
Spugen (ook tijdens maaltijden)						0,73		
Ongeschikte stoffen eten/drinken						0,60		
Vreemde geluiden						0,51		0,56
Duwen						0,43		
Telkens herhaalde zinnen of vragen							0,77	
Telkens herhaalde gedragingen							0,47	
Opzettelijk vallen								
Voorwerpen verscheuren, eigendommen kapotmaken								0,83 0,47
Verklaarde variantie	16,0%	8,9%	7,8%	6,9%	6,6%	6,2%	6,0%	5,9%

Factor 1 verklaarde 16% variantie en kon als *agressie* beschouwd worden. Van de potentiële agressieve gedragingen clusterden alleen 'duwen' en 'voorwerpen verscheuren of eigendommen kapotmaken' niet op deze factor. Het item 'gillen, krijsen' laadde op zowel factor 2 (verbale agitatie) als factor 1. Omdat de factorlading op factor 2 hoger was én het item

inhoudelijk minder evident voldoet aan de definitie van agressie (gedrag met de intentie de ander schade toe te brengen) werd het niet bij de overige acht items geschaard.

Er werd van de acht items een totaalscore berekend (0-16) die als afhankelijke variabele werd gebruikt. De schaal had een interne consistentie van $\alpha=0,79$.

Het bleek dat 45% van de bewoners minstens één type agressief gedrag vertoonde. 'Vloeken of verbale agressie' kwam het meest voor (36%). Een of meer van de overige gedragingen, die alle als fysieke agressie te bestempelen zijn, werd door 31% van de bewoners vertoond.

Vraag 2) Hangen premorbide persoonlijkheidskenmerken samen met agressief gedrag ?

Om deze relatie te onderzoeken werd eerst het verband tussen agressie en mogelijke achtergrondvariabelen onderzocht (zie Tabel 3). Agressie bleek alleen samen te hangen met ziektestadium, cognitie en zorgbehoefte. Andere variabelen zoals geslacht, leeftijd, opleiding, taalbegrip, gehoor of gezichtsvermogen vertoonden geen samenhang met agressie.

Tabel 3 Pearson correlaties van achtergrondvariabelen met agressief gedrag (N=166 tenzij anders aangegeven)

	Agressief gedrag	Agressief gedrag gecontroleerd voor GDS
Geslacht	-0,06	-0,10
Leeftijd	-0,01	-0,02
Opleiding	-0,06	-0,03
Opnameduur	-0,07	-0,14
Gezichtsvermogen	0,01	0,02
Gehoovermogen	-0,01	0,07
Zichzelf duidelijk maken	0,05	0,10
Anderen begrijpen		
ADL hiërarchie	0,11	0,01
GDS-stadium	0,17*	0,06
SIB-s (n=142)	0,20*	nvt
	-0,28**	-0,21*

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$ tweezijdig

Omdat niet bij iedere bewoner een SIB-s was afgenomen werd het GDS-stadium gekozen als meest geschikte covariabele voor cognitie. De GDS hing sterk samen met de score op de SIB-s ($r=-0,81$, $p<0,001$ tweezijdig).

Wanneer partiële correlaties met agressie werden berekend gecontroleerd voor GDS correleerde alleen de SIB-s met agressie (Tabel 3), hetgeen impliceert dat binnen de GDS-stadia bewoners met een minder goede cognitie meer agressie vertoonden. Er werd geen verband meer met zorgbehoefte gevonden.

De HAP-schalen werden gecorreleerd met agressie, gecontroleerd voor GDS en SIB-s. De schalen Moeilijk in de omgang, Grillig en impulsief gedrag, Kwetsbaar in de omgang en Rigide gedrag correleerden significant met agressie (Tabel 4).

Tabel 4 Agressiescore en Pearson correlaties van HAP-schalen met agressief gedrag

	Totale groep	Groep verdeeld naar GDS-stadium

	Gecontroleerd voor GDS (n=166)	Gecontroleerd voor GDS en SIB (n=142)	GDS 4/5 (n=51)	GDS 6 (n=73)	GDS 7(n=42)
Agressie					
Gemiddelde score	1,51	1,49	0,80	1,49	2,40 3,43
Standaarddeviatie	2,50	2,48	1,34	2,35	
Sociaal Afzijdig Gedrag	-0,00	0,02	-0,05	0,06	0,02
Onzeker Gedrag	-0,06	-0,08	-0,08	-0,11	0,03
Kwetsbaar in de omgang	0,17*	0,17*	0,17	0,20	0,16
Somatiserend Gedrag					
Wanordelijk gedrag	-0,01	-0,08	0,12	0,03	-0,21
Rigide Gedrag	-0,04	0,02	-0,29*	-0,07	0,25
Perfectionistisch gedrag	0,15	0,17*	0,28*	0,25*	0,08
Moeilijk in de omgang	0,10	0,07	0,06	0,24*	-0,06
Zelfingenomen gedrag	0,24**	0,25**	0,38**	0,27*	0,19
Grillig en Impulsief Gedrag	0,07 0,24**	0,08 0,23**	0,13 0,34*	0,02 0,20	0,18 0,27

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$ tweezijdig

Vraag 3) Verandert de samenhang tussen premorbide persoonlijkheid en agressief gedrag naarmate de dementie vordert?

Agressie nam toe met de GDS-stadia ($F=3,973$, $df=162$, $p=0,009$; zie Tabel 4 bovenste rij). In de groep bewoners die zich in stadia 4 en 5 bevonden hingen de schalen Moeilijk in de Omgang, Grillig en Impulsief Gedrag en Rigide Gedrag significant samen met agressie. Wanordelijk Gedrag correleerde negatief met agressie. Dit betekent dat premorbide ordelijke bewoners in deze stadia meer agressie vertoonden dan premorbide wanordelijke bewoners. Bij de bewoners in stadium 6 vonden we nog drie significante correlaties, te weten met Moeilijk in de Omgang, Rigide gedrag en Perfectionistisch Gedrag. In stadium 7 werd geen significant verband gevonden.

Vraag 4) Kunnen we een agressiegeëigende persoonlijkheid identificeren?

We wilden nagaan of op basis van een premorbide persoonlijkheidsprofiel agressie voorspeld zou kunnen worden. In Tabel 5 worden de HAP-items weergegeven die significant correleerden met agressief gedrag bij de bewoners tot en met GDS stadium 6 ($n=124$). Er werden twaalf items gevonden, alle afkomstig uit de eerder genoemde vier schalen (Tabel 5). Samen vormden zij een schaal met een scorebereik van 0 tot 24, die een interne consistentie van $\alpha=0,89$ had.

Tabel 5 Items van de HAP die significant correleerden met agressief gedrag, gecontroleerd voor GDS (n=124)

Schaal	Item	r
--------	------	---

Moeilijk in de omgang	Was opvliegend van aard	
	Was volgzzaam en inschikkelijk	0,30***
	Kon het moeilijk verdragen als iets niet naar de zin was	-0,24**
	Was achterdochtig	0,21*
	Meende dat anderen erop uit waren hem/haar te benadelen	0,20*
Grillig en impulsief gedrag	Bracht gevoelens als boosheid, verdriet en plezier nogal heftig tot uitdrukking	0,25**
	Zijn/haar gedrag was onvoorspelbaar	0,22*
	Was gelijkmatig van stemming	-0,19*
	Verkondigde uiteenlopende en vaak veranderende opvattingen	0,19*
Rigide gedrag	Kon moeilijk van zijn/haar plannen afwijken	0,21*
	Raakte uit evenwicht bij kleine veranderingen of onverwachte gebeurtenissen	0,19*
Kwetsbaar in de omgang	Voelde zich gauw bekeken of beoordeeld	0,21*

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$ tweezijdig

De nieuw geconstrueerde schaal correleerde het sterkst met agressie in de verschillende stadia. Er werden twee stapsgewijze lineaire multiple regressieanalyses uitgevoerd, beide met de somscore op de CMAI-D Agressieschaal als afhankelijke variabele. In de eerste analyse werden de tien HAP-inhoudschalen en de achtergrondvariabelen uit Tabel 3 als voorspellers gebruikt. In de tweede analyse werden de achtergrondvariabelen uit Tabel 3 en de somscore van de nieuw geconstrueerde schaal van twaalf HAP-items als voorspellers ingevoerd. In Tabel 6 is te zien dat de somscore op de nieuw geconstrueerde schaal van twaalf HAP-items iets meer variatie verklaarde van de CMAI-D agressiescore dan de enkele HAP-schaal Moeilijk in de omgang.

Tabel 6 Resultaten van stapsgewijze multiple regressieanalyse met de somscore op de CMAI-D Agressieschaal als afhankelijke variabele en de tien HAP-inhoudschalen, de somscore van de nieuw geconstrueerde schaal van twaalf HAP-items en de achtergrondvariabelen uit Tabel 3 als voorspellers

Totale groep (n=166)	GDS 4/5 (n=51)
1. Moeilijk in de omgang $\beta=0,232$. GDS $\beta=0,22$ $R^2_{\text{gecorrigeerd}} = 0,092$	1. Moeilijk in de omgang $\beta=0,41$ $R^2_{\text{gecorrigeerd}} = 0,151$
1. Somscore HAP-items $\beta=0,272$. GDS $\beta=0,24$ $R^2_{\text{gecorrigeerd}} = 0,117$	1. Somscore HAP-items $\beta=0,43$ $R^2_{\text{gecorrigeerd}} = 0,169$

Score 16 bleek het afkappunt met de beste sensitiviteit (0,68) en specificiteit (0,65) voor de bewoners in de GDS-stadia 4 t/m 6 (n=124). De bewoners met een score vanaf 16 noemden we *agressiegeïgde* bewoners (n=19). De bewoners met een score beneden 8 noemden we *niet-agressiegeïgde* bewoners (n=73). De overige 32 bewoners deelden we in de groep *neutraal* in. Tabel 7 geeft u percentages agressief gedrag in de drie groepen.

Er waren onder de agressiegeïgden duidelijk meer agressieve bewoners en zij waren ook frequenter agressief. Desalniettemin vonden we dat onder de agressiegeïgden 32% geen agressie vertoonde. Evenzo vonden we enkele niet-agressiegeïgde bewoners die regelmatig agressief gedrag vertoonden.

Tabel 7 Agressiegeneigdheid volgens de HAP naar prevalentie van agressief gedrag(n=124)

Agressiegeneigdheid volgens de HAP	nooit (n=74)	af en toe (n=37)	regelmatig(n=13)	Totaal(n=124)
Niet-agressiegeneigd (n=73)	71%	23%	6%	100%
Neutraal (n=32)	50%	44%	6%	100%
Agressiegeneigd (n=19)	32%	32%	37%	100%

Chi-square = 22,68, p < 0,001

Discussie

Agressie bleek goed te onderscheiden van andere vormen van agitatie op de CMAI-D. We zagen een lineaire toename van agressie door de dementiestadia heen. Het lijkt erop dat agressie een van de primaire gedragsuitingen is die behouden blijft en daarmee in belang toeneemt naarmate de dementie vordert.

Door agressie te scheiden van andere vormen van agitatie kon een verband met premorbide persoonlijkheid getoetst en aangetoond worden. De items en schalen die het sterkst samenhangen met agressie geven een voorzichtige indicatie dat premorbide hostiliteit ('boos') en impulsiviteit ('impulsief') de sterkste voorspellers van agressie in dementie zijn. Dit sluit aan bij de bevindingen van Archer¹⁴ en Ryden¹³ en geeft verdere steun aan het bestaan van een verband tussen premorbide onaangenaamheid en agressie. Maar ook rigiditeit en interpersoonlijke sensitiviteit ('bedreigd') spelen mogelijk een bescheiden rol.

Het werk van Bettencourt et al. blijkt een goede invalshoek om het verband tussen premorbide persoonlijkheid en agressief gedrag te onderzoeken. In de schalen en items die significant correleerden met agressie zijn de persoonlijkheidsvariabelen *trait aggression*, *trait irritability*, *trait anger*, *emotional susceptibility* en *impulsivity* herkenbaar.

De hypothese dat er een samenhang bestaat tussen agressie en de HAP-schalen Grillig en impulsief gedrag, Kwetsbaar in de omgang, Rigide gedrag, Moeilijk in de omgang en Zelfingenomen gedrag werd alleen voor de laatste niet bevestigd.

Mogelijk kan dit verklaard worden doordat de CMAI bepaalde uitingen van verbale agressie zoals kleineren, beledigen of beschuldigen niet uitvraagt. Zelfingenomen gedrag bleek significant te correleren met factor 2 verbale agitatie ($r=0,21$; $p<0,01$ tweezijdig, gecontroleerd voor GDS). Dit staft het vermoeden dat proactieve agressie voortkomend uit narcisme zich eerder in verbaal dan fysiek gedrag zal uiten. Reactieve agressie als uiting van narcisme vonden we terug in een samenhang met de HAP-schaal Kwetsbaar in de omgang.

In stadia 4 en 5 van de dementie was de invloed van premorbide persoonlijkheid het sterkst. Het verband bleek zelfs nog in GDS-stadium 6 te bestaan, maar niet meer in stadium 7. De hypothese dat persoonlijkheid een afnemende invloed heeft, werd bevestigd. Relaties tussen persoonlijkheid en criteriumvariabelen zijn vaak gevonden in onderzoek waarin gebruik wordt gemaakt van zelfrapportage. De gevonden samenhang in dit onderzoek betreft onafhankelijke metingen. De HAP werd ingevuld door familieleden, terwijl de CMAI-D werd beantwoord door verzorgenden. Dit sterkt de validiteit van de verbanden tussen persoonlijkheid en agressie.

Een beperking van het onderzoek is dat we niet de beschikking hadden over betrouwbare diagnostiek van het type dementie en het gebruik van psychofarmaca door de bewoners. Ook het aantal mannen ($n=29$) was beperkt. In eerder onderzoek werd meer agressie bij mannen gevonden.^{1,11,12}

We beschikten niet over informatie over de context waarin de agressie plaatsvond. Een volgende stap lijkt kwalitatief onderzoek waarin agressie geobserveerd wordt en reactieve en proactieve agressie onderscheiden worden. Het door Bettencourt et al. gevonden verband tussen persoonlijkheid en type agressie zou dan verder getoetst kunnen worden, met tevens aandacht voor specifieke vormen van verbale agressie.

Voor de dagelijkse zorg in het verpleeghuis betekenen deze resultaten dat het tot op zekere hoogte mogelijk is de kwetsbaarheid van bewoners om tot agressie over te gaan te voorspellen, met name wanneer zij verkeren in de stadia 4 en 5, zoals doorgaans het geval is bij opname. Bij premorbide agressiegeïnde bewoners is een aangepaste benadering gericht op voorkomen van escalatie belangrijk, bijvoorbeeld terughoudendheid in het corrigeren en aanraken, weigeringen accepteren, fysieke afstand respecteren en het attent zijn op bescherming van medebewoners.

Dankwoord

De auteurs danken alle bij de Waalbed II studie betrokken cliënten, verzorgenden, artsen, psychologen en familieleden voor hun inzet. Een speciaal woord van dank richten zij aan de psychologen van de UKON-psychologenwerkgroep voor hun bijdrage aan het verzamelen van de voor dit artikel benodigde additionele data.

Auteurs

A. J. C. Thissen

Gz-psycholoog / eerstelijnspsycholoog Thissen en van den Berg, psychologenpraktijk te Schijndel

Corresponderend auteur

E-mail: toine@psyschijndel.nl

J. L. P. Ekkerink

Gz-psycholoog Stichting de Waalboog, Nijmegen

M. M. Mahler

Psycholoog Stichting Kalorama Beek-Ubbergen

Gedragswetenschappelijk docent afdeling Eerstelijnsgeriatrie, Centrum voor Huisartsgeneeskunde, Ouderengeneeskunde en Public Health UMC Radboud Nijmegen

Y. Kuin

Universitair docent Radboud Universiteit Nijmegen, Centrum voor Psychogerontologie en Behavioural Science Institute

Roland B. Wetzels

Radboud UMC, afdeling VOSON, Nijmegen, Netherlands

Dr. R.B. Wetzels, specialist ouderengeneeskunde ZZGzorggroep, Groesbeek, en docent Radboud UMC, afdeling VOSON, Nijmegen.

D. L. Gerritsen

Radboudumc

Afdeling Eerstelijnsgeriatrie, Radboudumc, Radboud Institute for Health Sciences, Radboudumc Alzheimer Centrum, Nijmegen

Literatuurlijst

1. Zuidema SU. Neuropsychiatric symptoms in Dutch nursing home patients with dementia. Quickprint: Nijmegen, 2007.
2. Sourial R, McCusker J, Cole M, Abrahamowicz M. Agitation in demented patients in an acute care hospital: prevalence, disruptiveness, and staff burdens. *Int Psychoger.* 2001;13:183-97.
3. Talerico KA, Evans LK, Strumpf NE. Mental Health Correlates of Aggression in Nursing Home Residents With Dementia.

Gerontol. 2002;42169-77.

4. Kunik ME, Walgama JP, Snow AL. Documentation, assessment, and treatment of aggression in patients with newly diagnosed dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 2007;21115-21.
5. Ballard CG, Gauthier S, Cummings JL. Management of agitation and aggression associated with Alzheimer disease: controversies and possible solutions. *Nat Rev Neurol.* 2009;5532-40.
6. Ballard C, Hanney ML, Theodoulou M. The dementia antipsychotic withdrawal trial (DART-AD): long-term follow-up of a randomised placebo-controlled trial. *Lancet Neurol.* 2009;8151-7.
7. Livingston G, Johnston K, Katona C. Systematic Review of Psychological Approaches to the management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia. *Am J Psychiatry.* 2005;1621996-2021.
8. Dettmore D, Kolanowski A, Boustani M. Aggression in persons with dementia: use of nursing theory to guide clinical practice. *Geriatric Nursing.* 2009;308-17.
9. Hall KA, O'Connor DW. Correlates of aggressive behavior in dementia. *Int Psychogeriatr.* 2004;16141-58.
10. Beck C, Frank L, Chumblers NR, O'Sullivan P. Correlates of disruptive behavior in cognitively impaired nursing home residents. *Gerontologist.* 1998;38189-98.
11. Teri L, Larson EB, Reifler B. Behavior disturbance in dementia of Alzheimer type. *J Am Geriatr Soc.* 1988;361-6.
12. Schreiner AS. Aggressive behaviors among demented nursing home residents in Japan. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2001;16209-15.
13. Ryden MB. Aggressive behaviour in patients with dementia who live in the community. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 1988;2342-5.
14. Archer N, Brown RG, Reeves SJ. Premorbid personality and behavioural and psychological symptoms in probable Alzheimer disease. *Am J Geriatric Psychiatry.* 2007;15202-13.
15. Swearer JM, Hoople NE, Kane KJ, Drachman A. Predicting aberrant behavior in Alzheimer's disease. *Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioral Neurology.* 1996;9162-70.
16. Kolanowski AM, Garr M. The relation of premorbid factors to aggressive physical behaviour in dementia. *J Neurosci Nurs.* 1999;31278-84.
17. Cahn C, Allewijn M, Diesfeldt HFA. Premorbide persoonlijkheid en agressief gedrag bij bewoners van een psychogeriatrisch verpleeghuis. *Tijdschr Gerontol Geriatr.* 2005;36188-93.
18. Archer N, Brown RG, Boothby H. The NEO-FFI is a reliable measure of premorbid personality in patients with probable Alzheimer's Disease. *Int J Geriatric Psychiatry.* 2006;21477-84.
19. Barendse HPJ, Thissen AJC. Handleiding van de Hetero-Anamnestiche Persoonlijheidsvragenlijst. Barendse & Thissen: 's-Hertogenbosch, 2006.
20. Zuidema SU, Jonghe JFM, Verhey FRJ, Koopmans RTCM. Agitation in Dutch institutionalized patients with dementia: factor analysis of the Dutch version of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2007;2335-41.
21. Bettencourt BA, Talley A, Benjamin AJ, Valentine J. Personality and aggressive behavior under provoking and neutral conditions: a meta-analytic review. *Psychol Bull.* 2006;132751-77.
22. Cohen-Mansfield J, Billig N. Agitated behavior in the elderly 1. Conceptual review. *J Am Geriatr Soc.* 1986;34711-21.
23. Cohen-Mansfield J, Marx MS, Rosenthal AS. A description of agitation in a nursing home. *J Gerontol.* 1989;4477-84.
24. Miller RJ, Snowdown J, Vaughan R. The use of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory in the assessment of behavioral disorders in nursing homes. *J Am Geriatr Soc.* 1995;43546-9.
25. Dodge KA, Lochman JE, Harnish JD, Bates JE, Pettit GS. Reactive and proactive aggression in school children and psychiatrically impaired chronically assaultive youth. *Journal of Abnormal Psychology.* 1997;10637-51.
26. Anderson CA, Bushman BJ. Human aggression. *Ann Rev Psychol.* 2002;5327-51.
27. Huesmann LR. The role of social information processing and cognitive schema in acquisition and maintenance of habitual aggressive behaviour. In: Geen RG, Donnerstein E. *Human aggression: Theories, research and implications for policy* (p.79-103). New York: Academic Press, 1998.
28. Verdult R. *Dement worden: een kindertijd in beeld. Belevingsgerichte begeleiding van dementerende ouderen.* Baarn: HB Uitgevers, 1993.

29. Selbaek G, Kirkevold O, Engedal K. The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *J Geriatr Psychiatr* 2007; DOI 10.1002/gps. 1749.
30. De Jonghe J, Zuidema SU. Instructie, Toelichting en Normering van de Cohen Mansfield Agitation Inventory Dutch Version (CMAI-D). Lundbeck, 2008.
31. Reisberg B, Ferris S, Leon MJ. The Global Deterioration Scale (GDS) for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry*. 1982;139:1136-39.
32. Gerritsen D, Ooms M, Steverink N. Three new observational scales for use in Dutch nursing homes: scales from the Resident Assessment Instrument for Activities of Daily Living, cognition and depression. *Tijdschr Gerontol Geriatr*. 2004;35:55-64.
33. Jonghe JF, Wetzels RB, Mulders A. Validity of the Severe Impairment Battery Short Version. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2009;80:954-9.