



# Acute agitatie: definitie, differentiaaldiagnose en algemene benadering

Michel De Clercq (†), Haitham S Mourad, Alexandre Dailliet, Benoît Gillain,  
Brigitte Mahieu, André Masson, Vincent Dubois, Laurent Servais,  
Edith Stillemans, Inge Meire

## Inleiding

Ietwat karikaturaal zou men geneigd zijn om een geagiteerde patiënt te beschrijven als een druk doende, agressieve persoon die onverstaaanbaar spreekt en die een continue bedreiging vormt zowel voor zichzelf als voor zijn omgeving. Als meerdere pogingen om de patiënt te kalmeren falen, moet men beroep doen op medicamenteuze sedatie, en dit vooraleer men om het even welke diagnostische of therapeutische strategie start.

Wij zullen in dit artikel aantonen dat deze beschrijving in vele opzichten niet overeenstemt met de realiteit. Vooreerst bestaan er naast de agressieve vormen nog andere vormen van agitatie. Zo b.v. beperkt de agitatie zich soms tot een innerlijke zenuwachtigheid die dus moeilijk waarneembaar is. Vervolgens zullen we het onderscheid bespreken tussen de verschillende vormen van agitatie en hun oorzaken. Inderdaad, de fase van preliminaire diagnose is fundamenteel in de aanpak van agitatie bij een nieuwe patiënt. Zo b.v. kan de toediening van benzodiazepines als sedatieve medicatie in geval van alcohol-intoxicatie leiden tot ernstige comateuze toestanden. Als men bovendien als eerste therapeutische stap beroep doet op de sedatie, kan men de patiënt uiteraard kalmeren, maar deze sedatie kan een belemmering zijn voor verdere onderzoeken of voor de observatie van de gedragingen van de patiënt, aangezien de symptomen gemaskeerd zijn. In derde instantie zullen we in het kort de neurobiologische hypothesen van agitatie bespreken. Tenslotte zullen we afsluiten met de therapeutische benadering van de agitatie, die bijzondere aandacht vereist. Inderdaad, het komt erop aan dat men uiterst voorzichtig is in de keuze van de sedativa die men toedient, want deze bepalen het welzijn van de patiënt, de therapeutische relatie en de toekomstige therapietrouw van de patiënt.

## Definitie van agitatie

In de klinische praktijk is het begrip agitatie vaak slecht omschreven. In een literatuuroverzicht hernemen Yudofsky et al (1) de verschillende symptomen en gedragingen die beschreven worden als agitatie.

**Tabel 1: Voorbeelden uit de gepubliceerde literatuur (eerste kolom) van verschillende symptomen en gedragingen (tweede kolom) die beschreven worden als agitatie.**

Barnes & Raskind (1980)	Belligerent Agressiviteit Innerlijke spanning
Zimmer et al (1984)	Zich krabben Weigeren te eten Zich op het hoofd slaan Suïcidaal gedrag Spuwen Luidruchtige verbalisatie
Cohen-Mansfield (1986)	Voortdurende ongegronde klachten
Strubbe & Sivertsen (1987)	Toename van de algemene bewegingen Uit bed klauteren Luid praten Weigeren mee te werken
Thomas (1988)	Angst Voortdurend rondlopen Slaapstoornissen Verwardheid Onaangepast gedrag
Mungas et al (1989)	Hyperactiviteit Snel praten Schreeuwen
Roper et al (1991)	Spanning Agressiviteit Seksuele impulsiviteit Weigering mee te werken Storend gedrag
Billing et al (1991); Cohen-Mansfield & Marx (1992)	Prikkelbaarheid Vloeken Bijten Onaangepast gedrag Vragen herhalen
Sinha et al (1992)	<i>Non compliance</i> De aandacht trekken Onaangepast seksueel gedrag <i>Verzameldrang</i>
Pies (1993)	Subjectieve ontreddeering
Aronson et al (1993)	Ronddolen Vuistslagen geven Schoppen Woedend schreeuwen
Sandel et al (1995)	Fluctuatie van de niveaus van bewustzijn en cognitie Achatie Gemoedsstoornissen Ontremming
Bogner & Corrigan (1995)	Buitensporig gedrag Verstoord bewustzijn
Brooke et al (1992)	Episodisch motorisch/verbaal gedrag
Fawcett et al (1995)	De handen wringen IJsberen
Finkel et al (1995)	Zwaar ongemak Storend gedrag
Gallop et al (1993)	Zelfvernietigend gedrag
Stewart (1995)	Tranenvloed Schreeuwen Beschuldigend gedrag
Zayas & Grossberg (1996)	Spuwen Belligerent Doelloos ronddolen IJsberen Schreeuwen

Zoals we kunnen vaststellen, zijn de definities van agitatie zeer uiteenlopend. Het is belangrijk op te merken dat de agitatie geen apart diagnostisch syndroom is, maar een niet-specifiek symptoom dat optreedt bij een groot aantal stoornissen. Bovendien beschrijft deze term zo uiteenlopende gedragingen en affectieve toestanden dat het bijzonder moeilijk is om de onderliggende etiologie te bepalen, alleen op basis van de gedragingen van de patiënt.

Ondanks het ontbreken van een vaststaande definitie, vindt men in dit concept van agitatie een aantal vrij frequent voorkomende cognitieve kenmerken en gedragsafwijkingen. Denken we maar aan de mentale verwardheid, de hallucinaties, de verbale en motorische hyperactiviteit, de ongecontroleerde bewegingen, de chaotische wilsuïting, de logorroë, de verbale en fysieke agressiviteit (agressie), de delirante uitlatingen, de prikkelbaarheid, de zwakke tolerantie voor frustratie, de last voor de omgeving of de moeilijkheden in het contact met anderen. Deze laatste twee kenmerken moeten benadrukt worden. De agitatie irriteert de personen uit de omgeving van de patiënt, vooral omdat ze er niet in slagen om hem te zeggen dat hij overdrijft of om hem te vragen waarom hij zich zo gedraagt. Dit zet er ons toe aan om een onderscheid te maken tussen de begrijpelijke agitatie (de omgeving begrijpt de reden ervan, maar vindt de reactie overdreven) en de onbegrijpelijke agitatie (de omgeving begrijpt ze niet echt).

Hieruit blijkt de invloed van de omgeving in de definitie van de agitatie: een bepaald type gedrag kan aanvaardbaar zijn in sommige milieus maar niet in andere, aangezien de tolerantiedrempel sterk varieert van het ene tot het andere milieu. Zo is deze drempel vaak hoger in een psychiatrisch ziekenhuis dan in de gewone samenleving. Bovendien kan de agitatie gepaard gaan met impulsiviteit of agressiviteit en ze kan in sommige gevallen uitmonden in een gewelddadig gedrag. Niettemin mogen deze drie begrippen niet verward worden (2).

## Differentiaaldiagnose

Aangezien het begrip agitatie niet precies gedefinieerd is, kan de clinicus geneigd zijn om hieruit, verkeerdelijk, te besluiten dat de agitatie een stoornis is op zich. In dit geval zal de therapeutische houding toegespitst zijn op de behandeling van de agitatie, b.v. door injecties van sedativa, in plaats van in eerste instantie aandacht te besteden aan de oorzaak van de agitatie. Op basis van de vorige paragraaf zouden we voorstellen om de agitatie te conceptualiseren vanuit het waarneembaar gedrag, waarbij we de clinicus ertoe aanzetten om de specifieke onderliggende stoornissen op te sporen. De fase van de differentiaaldiagnose is dus fundamenteel. Inderdaad, de verschillende diagnoses vereisen elk verschillende voorzorgsmaatregelen en interventies.

Het is dus belangrijk om de aandoening nauwkeurig te evalueren en bijzondere aandacht te besteden aan de snelheid waarmee de symptomen optreden, alsook aan medisch-psychiatrische antecedenten, antecedenten van misbruik van stoffen en geneesmiddelen en familiale antecedenten. Al deze elementen zijn risicofactoren voor het optreden van agitatie (3).

Fysieke, psychische en gedragsmatige symptomen zijn eveneens zeer belangrijk. In de eerste kolom van tabel 2 sommen we de tekens op die vaak gemakkelijk op te sporen zijn in de anamnese, het klinisch onderzoek en de bijkomende onderzoeken (4-6). Geen enkel klinische teken is echter pathognomonisch op zich. Het is hun combinatie die de waarschijnlijkheid van de vermelde onderliggende oorzaken verhoogt. Deze combinatie is dus een waardevol middel om de diagnose te stellen (zie tweede kolom van de tabel) en de ernst van de toestand van de patiënt te evalueren (4).

Tabel 2 biedt ook een andere mogelijkheid om de differentiaaldiagnose te benaderen. Volgens De Clercq (4) kunnen we een onderscheid maken tussen de onbegrijpelijke agitatie en de begrijpelijke agitatie, door ons te baseren op de indruk die we hebben bij het eerste contact met de geagiteerde persoon. Indien dit eerste contact gedomineerd wordt door onbegrip,

een onsamenhangende taal en gedrag, en een plotse verandering in het gewoon gedrag, moet men de diagnose stellen van onbegrijpelijke agitatie. In deze categorie zijn er verschillende etiologieën mogelijk. Hiertoe behoort in eerste instantie de mentale confusie, die verantwoordelijk is voor 20% van de agitaties. De oorzaak ervan is zelden psychiatrisch, maar vooral toxisch of somatisch. Onder de somatische oorzaken, weerhouden we de neurologische problemen, de metabole stoornissen en de infectieuze stoornissen (4).

Verschiedende symptomen kunnen beschreven worden volgens de intensiteit van de mentale confusie. De confusie blijft gewoonlijk langer bestaan dan de agitatie en kan aan het licht gebracht worden door enkele eenvoudige vragen: de datum, de plaats waar de patiënt zich bevindt, zijn naam, de naam van zijn familieleden, ... Buiten de mentale confusie, kan de agitatie gepaard gaan met delirante stoornissen, manische stoornissen, mutisme of (en) met gewelddadige gedragingen.

In 1987 stelde Young een ander onderscheid voor (7). Volgens hem laten de klinische tekens toe om een onderscheid te maken tussen de functionele en de organische psychose. In geval van een functionele psychose, worden de meeste patiënten beschreven als alert en georiënteerd; ze lijden meestal aan paranoïde schizofrenie of aan een schizo-affectieve stoornis. Deze patiënten maken gewoonlijk geen misbruik van alcohol of verdovende middelen. De inhoud van hun gedachten kan soms verward lijken, maar er is toch een zekere logica en samenhang. Auditieve hallucinaties zijn frequent.

Daarentegen, de patiënt waarbij de agitatie secundair is aan een organische etiologie, is verward, zijn denkvermogen is vertraagd en hij vertoont intellectuele en cognitieve stoornissen. Zijn taal is onbegrijpelijk. Bij delirium tremens, dat vaak gepaard gaat met visuele hallucinaties, vindt men ook perceptiestoornissen. Men moet veel aandacht besteden aan de medische anamnese, en in het bijzonder aan de inname van geneesmiddelen.

Tabel 2: Differentiaaldiagnosen.

Wat kan u waarnemen?	Wat is het? Welke zijn de oorzaken?
<p><b>ONBEGRIJPELIJKE AGITATIE</b> Incoherentie in taal en gedrag, breken met wat normaal is, de omgeving kan de reden van de agitatie niet begrijpen.</p> <p><b>Mentale verwardheid</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Is verloren, angstig</li> <li>- Bewustzijnsdaling</li> <li>- Anterograde amnesie</li> <li>- Verstoring van de algemene toestand</li> <li>- Oriëntatiestoornissen in tijd en ruimte</li> <li>- Delirium, hallucinaties</li> </ul>	<p><b>Toxisch</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Intoxicatie of overmatig gebruik van geneesmiddelen</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychotrope farmaca of andere neuroleptica, lithium, antidepressiva, benzodiazepines, meprobamaat, barbituraten, anticholinergica, antiparkinsonmiddelen, procaïne, corticoïden, digitaline, pyrazolen, antihistaminica, antihypertensiva</li> <li>- Drugs: LSD, morfinederivaten, hallucinogene zwammen, cocaïne</li> <li>- Alcohol</li> </ul> </li> <li>- <u>Ontwenning</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Met delirium tremens: alcohol, benzodiazepines, meprobamaat, barbituraten</li> <li>- Zonder delirium tremens: morfinederivaten, cocaïne</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Organisch</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Neurologisch</u> Epilepsie (tijdens en kort na de aanval): Temporele epilepsie, grand mal, Complexe partiële epilepsie, dementie, vasculaire accidenten (TIA en CVA), intracraniale hypertensie (tumoren, bloedingen, hydrocefalie, trauma, cerebraal abces), encefalitis, meningitis</li> <li>- <u>Metabool</u> Ionenstoornissen, deshydratie, hypoglycemie, Syndroom van Cushing, syndroom van Addison, Acute porfyrie, hyperthyroïdie, parathyroïdie</li> <li>- <u>Infectieus</u> Elke systemische infectie kan gepaard gaan met een confusionele toestand (pneumonie, urinewegen, ...)</li> </ul> <p><b>Psychiatrisch</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Depersonalisatie, fugue</u></li> </ul>
<p><b>Delirium, hallucinaties</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desintegratie van het mentaal leven en de relaties</li> <li>- Bizarre communicatie (chaotisch, zonderling, tegenstrijdig, incoherente gedachtegang)</li> <li>- Hallucinatoire thema's met weinig structuur, vage grenzen (vervolgving, megalomaan, erotomaan, mystiek, hypochondrisch)</li> <li>- Depersonalisatie</li> <li>- Angst</li> <li>- Wisselend humeur</li> <li>- Negatieve symptomen</li> </ul>	<p><b>Toxisch</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Intoxicatie:</u> LSD, cocaïne, XTC, amfetamines, cannabis, hallucinogenen, antiparkinsonmiddelen, mefloquine, omeprazole, cimetidine, interferon, ...</li> <li>- <u>Ontwenning:</u> XTC, amfetamines, cocaïne</li> </ul> <p><b>Somatisch</b> Temporele epilepsie, aids (direct en secundaire infectie), dementies</p> <p><b>Psychiatrisch</b> Psychotische stoornissen, gemoedsstoornissen</p>

<p><b>Manische agitatie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Extravagant gedrag</li> <li>- Ondoordachte, extravagante uitgaven</li> <li>- Ongepaste seksuele voorstellen</li> <li>- Euforische stemming</li> <li>- Hoge zelfwaardering</li> <li>- Globale ontremming</li> <li>- Insomnie zonder vermoeidheid</li> <li>- Impulsieve woedeaanvallen</li> <li>- Prikkelbaarheid</li> </ul>	<p><b>Toxisch</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Amfetamines, cocaïne, alcohol</li> <li>- Behandeling met antidepressiva, corticoïden, schildklierhormonen, theofylline, mefloquine, tuberculostatica</li> </ul> <p><b>Somatisch</b></p> <p>Frontale letsels, syfilis (tabes)</p> <p><b>Psychiatrisch</b></p> <p>Bipolaire gemoedsstoornissen, psychotische stoornissen</p>
<p><b>Mutische agitatie</b></p>	<p>Doofstom, ernstige mentale retardatie, katatonie (affectieve stoornissen, psychotische stoornissen)</p>
<p><b>Geweld</b></p>	<p><b>Toxisch</b></p> <p>Alcohol, benzodiazepines, cocaïne, ecstasy, hallucinogenen, oplosmiddelen</p> <p><b>Organisch</b></p> <p>Ziekte van Wilson, tekort aan monoamineoxydase A, Syndroom van Turner, frontale letsels, porfyrie</p> <p><b>Psychiatrisch</b></p> <p>Psychotische stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen</p>
<p><b>BEGRIJPELIJKE AGITATIE</b></p> <p>Gedragstoornis onder de vorm van een (overdreven) reactie op een specifieke conflictsituatie; de omgeving begrijpt de reden maar vindt de reactie overdreven</p>	
<p><b>Agressief gedrag zonder confusie, manie of delirium</b></p>	<p><b>Organisch</b></p> <p>Ziekte van Alzheimer, dementie, seniele dementie, chorea van Huntington</p>
<p><b>Locomotorische agitatie</b></p> <p>Ongeduld, veralgemeende spasme, toename van de spiertonus, soms geweld</p>	<p><b>Organisch</b></p> <p>Botulisme, hondsdolheid, tetanus</p> <p><b>Psychiatrisch</b></p> <p><i>Restless legs syndrome</i>, acathisie, anorexie, insomnie</p>
<p><b>Angst</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gepaard met somatische klachten (palpitaties, zweten, bevingen, dyspnoe, thoraxpijn)</li> <li>- Nausea, vertigo</li> <li>- Overdreven reactie vs de oorzaak</li> <li>- Intense angst, schrik de controle te verliezen, angst om te sterven</li> <li>- Derealisatie/depersonalisatie</li> </ul>	<p><b>Toxisch</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Gebruik</u> van cannabis, antimigrainemiddelen, SNRI, SSRI, stimulerende dranken (cafeïne)</li> <li>- <u>Ontwenning</u>: heroïne, morfine, LSD</li> </ul> <p><b>Somatisch</b></p> <p>Respiratoire insufficiëntie (acuut longoedeem, longembolie, astma), niersteenkoliëk, pancreatitis, myocardinfarct en pericarditis</p> <p><b>Psychiatrisch</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Angststoornissen, affectieve stoornissen, slaapstoornissen, aanpassingsstoornissen, relationele problemen: relatiecrisis, gezinscrisis, sociale problematiek.</li> <li>- Persoonlijkheidsstoornissen</li> </ul>

<p><b>Depressieve agitatie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Depressief gemoed, schuldgevoel en gevoel van wanhoop, geringe zelfwaardering, autoagressie</li> <li>- Insomnie na het slapen</li> <li>- Verlies van energie, afname van de activiteiten, concentratieverlies, verminderde interesse</li> <li>- Verlies van eetlust</li> </ul>	<p><b>Toxisch</b> Gebruik van drugs, geneesmiddelen</p> <p><b>Psychiatrisch</b> Gemoedsstoornissen</p> <p><b>Somatisch</b> Somatische ziekte, kwetsbaarheid, genetische predispositie voor depressie</p>
<p><b>Hyperventilatie</b></p> <p>Verminderd bewustzijn, duizelig gevoel, bedwelmdheid, wazig zicht</p>	<p><b>Organisch</b> Stoornis in het metabolisme (fosfor-calcium-metabolisme, parathyroïdie, paraneoplasie)</p> <p><b>Psychiatrisch</b> Angststoornis, affectieve stoornissen, relationele problemen, aanpassingsstoornissen</p>
<p><b>Geweld</b></p>	<p><b>Toxisch</b> Alcohol, benzodiazepines, cocaïne, XTC, oplosmiddelen, hallucinogenen</p> <p><b>Organisch</b> Dementie, mentale retardatie</p> <p><b>Psychiatrisch</b> Psychotische stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, stoornissen in de controle van de impulsen</p>
<p><b>Hysterie/neurotisch gedrag</b></p> <p>Afwijkend gedrag (theatraal), stoornissen in cognitie, affect, relaties, controle van de impulsen</p>	<p><b>Psychiatrisch</b> Relatiestoornissen, persoonlijkheidsstoornissen</p>
<p><b>Antisociaal gedrag</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Impulsief, intolerant, miskent de sociale wetten, vaak gewelddadig</li> <li>- Voorziet de gevolgen niet</li> <li>- Heeft geen angst</li> </ul>	<p><b>Psychiatrisch</b> Persoonlijkheidstoornissen</p>

Om terug te komen op de tabel, de begrijpelijke agitatie is integendeel gewoonlijk een gedragsstoornis die optreedt als een overdreven reactie op een conflictsituatie. Dit type agitatie reageert gewoonlijk beter op de behandelingen dan de onbegrijpelijke agitatie. Tabel 2 herneemt de verschillende mogelijke oorzaken van begrijpelijke agitatie, zoals angst, depressieve agitatie, hyperventilatieaanvallen, hysterie en antisociaal gedrag.

Tabel 2 kan ons dus helpen bij het uitwerken van de differentiaaldiagnose.

Eerst worden de algemene kenmerken van de agitatie hernomen. Men brengt ze vervolgens in verband met de verschillende kenmerken die specifiek zijn voor de onderliggende etiologie. Bij het opstellen van de tabel werd beroep gedaan op de werken van Harrison (8) en Kaplan (9).

### **Neurofysiologische hypothesen**

Het neuroanatomisch en neurofysiologisch inzicht in de agressiviteit kan in de

toekomst perspectieven bieden voor de conceptualisatie en de behandeling van de agitatie. Sommige studies bestudeerden het verband dat er bestaat tussen de werking van de hersenen en de agressiviteit. Zo vindt men vele hypothesen in verband met de neuroanatomische basis van de agitatie maar momenteel is geen enkele ervan voldoende precies.

Volgens Krishnan (10) b.v., zou de nucleus caudatus betrokken zijn bij agressieve gedragingen. Anderzijds zou een craniofa-



ryngioom ter hoogte van de basis van de hypothalamus aanleiding geven tot een zeer ernstig agressief gedrag. Epilepsiecrisis en stoornissen geassocieerd met de frontale kwab, worden in verband gebracht met agressieve gedragingen. Het is de lokalisatie van het letsel, eerder dan zijn grootte, die belangrijk lijkt te zijn bij de ontwikkeling van agressiviteit. Bovendien toonde men aan dat een stoornis in de controle van de driften gepaard gaat met een afname van de cerebrale serotoninerge activiteit, dat sommige genen een rol spelen in het serotoninerge metabolisme en de serotoninerge neurotransmissie en dat het antagonisme van de 5HT<sub>2</sub>-receptoren de agressiviteit lijkt te verminderen (11).

Hoewel sommige aspecten van het neuroanatomisch schema van agressiviteit konden aangetoond worden, blijven er nog vele vragen open, vooral wat betreft het verband tussen de lokalisatie van de cerebrale letsels en het agressief gedrag.

## Algemene benadering

De algemene benadering die we willen aanbevelen in verband met de sedatie van de geagiteerde patiënt, is vooreerst een symptomatische benadering (12). Dit betekent geenszins dat men de oorzaak van de agitatie niet moet opsporen; integendeel, deze primordiale fase moet voorafgaan aan elke medische ingreep.

De eerste fase bestaat er dus in de differentiaaldiagnose te stellen van de agitatie en haar oorzaken door zich te baseren op de waargenomen klinische tekens. Vooraleer men een psychofarmacologische behandeling start, moet men dus alle middelen gebruiken om de oorzaak van het geagiteerd gedrag met de grootst mogelijke zekerheid op te sporen. Als de agitatie echter zeer acuut is zodat het onmogelijk is om een anamnese af te nemen, moet men ingrijpen voor de diagnose is gesteld. In dit geval geven we de raad een symptomatische behandeling in te stellen die niet langer als nodig moet volgehouden worden. Naast de medicatie omvat de symptomatische behandeling van de agitatie ook een aanpak van het

gedrag. Elke arts moet de aanpak van het gedrag aanzien als een noodzakelijk element in de benadering van zijn patiënt. Tesar (2) geeft de klinici enkele richtlijnen om op te volgen bij een patiënt die de controle over zichzelf verloor of die een agressief gedrag vertoont. Vooreerst moet de arts kalm blijven. Indien nodig moet hij het lokaal verlaten om zich te kalmeren. De arts moet steeds een respectvolle en geruststellende houding aannemen tegenover zijn patiënt en hierbij vermijden om zomaar een oordeel te vellen. Door met de patiënt te spreken, kan hij hem helpen om zijn gevoel van controle te herwinnen, door hem sommige alternatieven voor te stellen en door hem er uitdrukkelijk aan te herinneren dat het verloop van de situatie volledig in zijn handen ligt. Het is ook zeer belangrijk om sommige scheidingen door te voeren, zoals b.v. hem te isoleren van een bepaald familielid dat zijn controleverlies kan bevorderen.

Anderzijds kan de arts de patiënt geruststellen door toe te laten dat een familielid het onderzoek bijwoont. De deur van de onderzoekskamer open laten, kan ook geruststellend zijn voor de patiënt. Om dezelfde reden, maar ook als veiligheidsmaatregel, moet een zekere afstand gehouden worden tussen de onderzoeker en de patiënt. Ideaal moet de onderzoeker zich bevinden tussen de patiënt en de uitgang van de onderzoekruimte. Als internering van de patiënt noodzakelijk blijkt te zijn, moet men kunnen rekenen op de medewerking van personeel dat hiervoor opgeleid is. Deze laatste maatregel mag niet langer duren dan nodig opdat de patiënt zo snel mogelijk de controle over zichzelf zou herwinnen.

## Diagnostische maatregelen

Men moet zo snel mogelijk een klinisch en neurologisch onderzoek uitvoeren, en sommige parameters (temperatuur, pols en bloeddruk) controleren. Ideaal gezien, zou een bloedstaal moeten afgenomen worden voor onderzoek van de volledige bloedformule, de ionen, CRP, de glycemie, de levertesten, ureum, creatinine en toxische stoffen. Een toxicologische screening van de urine zou ook moeten uitgevoerd worden.

## Farmacologische benadering

In tegenstelling tot de diagnostische maatregelen, is de farmacologische behandeling van de agitatie nog niet het voorwerp van een universeel aanvaarde consensus. Wij stellen dus een tabel voor gebaseerd op de ervaring en rekening houdende met een vooral symptomatische aanpak.

### Acute farmacologische behandeling van de agitatie (eerste 12 uur)

#### Benzodiazepines alleen

(b.v.: lorazepam 4mg IM)

- Te gebruiken in de meeste gevallen van begripelijke agitatie zoals angst, ...
- Exclusiecriteria: (bevestigd of vermoedelijk) misbruik van alcohol of stoffen, demente patiënten, respiratoire problemen, verwardheid.

#### Sedatief neurolepticum alleen

- Droperidol, dat gebruikt wordt bij verwardheid, intoxicaties en medische urgenties, zou te verkiezen zijn boven haloperidol, flupentixol en clopentixol, omwille van zijn gering vermogen tot inductie van extrapyramidale symptomen (EPS), zijn snelle werking en zijn kort halfleven. Omwille van zijn potentieel risico op verlenging van het QTc-interval, zal het helaas niet meer beschikbaar zijn.
- Andere alternatieven in het gamma van de neuroleptica blijven mogelijk, b.v. prothypendil en clotiapine, hoewel specifieke studies in verband met de eventuele cardiovasculaire toxiciteit van deze stoffen niet beschikbaar lijken te zijn.
- Een atypisch antipsychoticum via parenterale weg is momenteel nog niet evalueerbaar.

#### Sedatief neurolepticum plus benzodiazepine

- Om de twee effecten te potentiëren als er geen exclusiecriteria zijn.

#### Benzodiazepine plus nieuw antipsychoticum

- In geval van een bevestigde en gekende psychose.

---

## Conclusie

Meestal brengen de familie of verwanten de patiënt met agitatie naar spoed. Hoewel een aantal kenmerken van de agitatie vaak voorkomen, blijft het moeilijk om een precieze definitie te geven van de agitatie. Zoals we gezien hebben, bestaan er veel mogelijke oorzaken. In spoedsituaties is de etiologie vaak onbekend. Het is echter belangrijk om de patiënt te kalmeren want er bestaat steeds een risico op agressiviteit en geweld. Wij hebben ook de nadruk gelegd op het belang van een gedragsgerichte en verbale benadering in de evaluatie van de geagiteerde patiënt.

Als een psychofarmacologische behandeling nodig is, blijken de benzodiazepines

efficiënt te zijn, behalve in geval van risico van alcoholmisbruik of intoxicatie. In onzekere situaties is de toediening van een injecteerbaar sedatief neurolepticum, rekening houdend met het potentieel risico op verlenging van QTc, de beste keuze.

### Referenties

1. Yudofsky SC, Kopecky HJ, Kunik MSN, Silver JM, Endicott J. The overt agitation severity scale for the objective rating of agitation. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 1997;9:541-8.
2. Papart P. Troubles psychiatriques et dangerosité. *Acta Psychiatrica Belgica* 1999;99:229-38.
- 3a. Tesar GE. The agitated patient, Part I: Evaluation and behavioral management. *Emergency Psychiatry* 1993;44:329-31.
- 3b. Tesar GE. The agitated patient, Part II: Pharmacological treatment. *Emergency Psychiatry* 1993;44:627-9.
4. De Clercq M. Urgences psychiatriques et interventions de crise. Brussel: De Boeck Universiteit, 1997.
5. Haffen E, Sechter D. Etat d'agitation. Orientation diagnostique et conduite à tenir en situation d'urgence avec la posologie médicamenteuse. *La Revue Du Practicien* 1998;48:1123-7.
6. Manus A, de Medeiros P, Monfort JC. Etat d'agitation. Orientation diagnostique et principes du traitement d'urgence. *Revue Du Practicien* 1992;42:1053-6.
7. Young GP. The agitated patient in the emergency department. *Neurologic Emergencies* 1987;5:765-81.
8. Harrison TR, Wilson JD. *Harrison's principles of internal medicine*. New York: McGraw-Hill, 1991.
9. Kaplan, HI, Sadock BJ. *Comprehensive textbook of Psychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1985.
10. Krishnan, K.R. Brain Imaging Correlates. *Journal of Clinical Psychiatry* 1999;60(S15):50-45.
11. Kavoussi R, Armstead P, Coccaro E. The neurobiology of impulsive aggression. *The Psychiatric clinics of North America* 1997;20(2):395-403.
12. Levy RH. Sedation in acute and chronic agitation. *Pharmacotherapy* 1996;16:152S-159S.

### Aanbevolen literatuur

- De Clercq M, Ferrand I, Andreoli A. Urgences psychiatriques et psychiatrie des urgences. *Encyclopédie Médicale et Chirurgicale* 1996;37-678-A-10, 1-13.