

OORSPRONKELIJK ARTIKEL

# Het psychofarmacagebruik door verstandelijk gehandicapte bewoners van gezinsvervangende tehuizen<sup>1</sup>

J.J. STOLKER, P.J. KOEDOOT, E.R. HEERDINK, H.G.M. LEUFKENS,  
W.A. NOLEN

**ACHTERGROND** Er is weinig bekend over de samenhang tussen psychiatrische symptomen en het gebruik van psychofarmaca in voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten.

**DOEL** Inzicht krijgen in het psychofarmacagebruik door verstandelijke gehandicapte bewoners van gezinsvervangende tehuizen, die psychiatrische symptomen hebben.

**METHODE** Door de groepsleiding van gezinsvervangende tehuizen werden 573 bewoners met probleemgedrag geselecteerd (1 bewoner uit elk tehuis) en 1479 bewoners werden aselekt verzameld uit alle tehuizen. Psychiatrische symptomen werden gemeten met de Reiss Screen for Maladaptive Behavior en het Psychopathology Instrument for Mentally Retarded Adults.

**RESULTATEN** Psychofarmaca (exclusief anti-epileptica) werden door 52,6% van de probleemgroep en 22,8% van de aselekte groep gebruikt. Behalve een jonge leeftijd, psychotische symptomen, angst- en agressiesymptomen, waren het gebruik van antipsychotica en van antidepressiva significant geassocieerd met de probleemgroep. Bewoners met affectieve symptomen, psychotische symptomen of angstsymptomen gebruikten naar verhouding weinig antidepressiva of stemmingsstabilisatoren, antipsychotica en anxiolytica.

**CONCLUSIE** Met name antipsychotica worden vaak voorgeschreven. Daarnaast wordt waarschijnlijk een aanzienlijk deel van de verstandelijk gehandicapten met psychiatrische symptomen onderbehandeld.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 45 (2003) 11, 667-676]

**TREFWOORDEN** gezinsvervangend tehuis, psychiatrische stoornis, psychofarmaca, verstandelijke handicap

Mensen met een verstandelijke handicap hebben een grotere kans op psychiatrische stoornissen dan normaalbegaafden (Borthwick-Duffy 1994; Szymanski 1994). Deze mensen gebruiken veel psychofarmaca. Van de verstandelijk gehandicapten in een instelling, bleek 44 tot 60% psychofarmaca te gebruiken en van de verstandelijk gehandicapten in een meer maatschappelijk geïntegreerde woonvoorziening 35 tot 45% (Singh

e.a. 1997). Uit Nederlands onderzoek bij verstandelijk gehandicapten is gebleken dat psychofarmaca aan 41% van de intramurale populatie en aan 29% van de bewoners van gezinsvervangende tehuizen worden voorgeschreven (Schroijenstein Lantman-De Valk e.a. 1995). Een probleem hierbij is dat psychofarmaca, naast ongetwijfeld gunstige effecten, bij verstandelijk gehandicapten naar alle waarschijnlijkheid ook een negatieve invloed

kunnen hebben op cognitieve vaardigheden en gedragsvaardigheden (Tuinier & Verhoeven 1994), en zelfs als gevolg van bijwerkingen tot een toename van gedragsstoornissen kunnen leiden (Verhoeven & Tuinier 1999a).

Er is weinig bekend over de samenhang tussen psychiatrische symptomen en psychofarmacagebruik in voorzieningen voor mensen met een verstandelijke handicap en in het bijzonder is het onduidelijk in hoeverre deze middelen adequaat worden voorgeschreven (Aman e.a. 1995). In een onderzoek bij een groep van 242 verstandelijk gehandicapten was 55% van de combinaties tussen psychiatrische diagnose en medicatie mogelijk inadequaat (Bates e.a. 1986). Veel verstandelijk gehandicapten krijgen psychofarmaca voorgeschreven zonder dat er ooit een (psychiatrische) diagnose is gesteld (Rinck 1998).

Doel van het hier beschreven onderzoek was na te gaan wat de puntprevalentie is van het gebruik van psychofarmaca door verstandelijk gehandicapte, probleemgedrag vertonende bewoners uit gezinsvervangende tehuizen, ten opzichte van een aselechte controlegroep. Daarnaast zijn de verschillen in kenmerken van deze twee groepen onderzocht en is nagegaan wat de relatie is tussen het gebruik van psychofarmaca en psychiatrische symptomen bij beide groepen bewoners.

## PATIËNTEN EN METHODE

### Patiënten

**Woonvoorzieningen** De term gezinsvervangend tehuis (GVT) verwijst naar een breed scala aan semi-murale, meer of minder maatschappelijk geïntegreerde woonvoorzieningen, variërend van huizen met meer dan 20 bewoners tot dependances van deze huizen waar soms slechts 2 of 3 verstandelijk gehandicapten wonen. In tegenstelling tot in de grote GVT's, zijn groepsleiders in de dependances niet doorlopend aanwezig. Alle GVT-bewoners hebben een lichte of matige verstandelijke handicap. In totaal zijn er 573 GVT's

in Nederland, met in totaal 15.622 verstandelijk gehandicapten bewoners.

**Bewoners** Aan de groepsleiders van alle 573 GVT's werd gevraagd of zij hun bewoner met het ernstigste probleemgedrag wilden selecteren. Deze 573 bewoners definieerden we als de probleemgroep. Daarnaast werd een aselechte groep van 1479 bewoners samengesteld door elke 9de bewoner te selecteren uit een lijst met in willekeurige volgorde alle namen van de bewoners (Koedoot & Kok 1996). Door deze methode werden uit grote GVT's meer bewoners geselecteerd dan uit kleine GVT's.

**Procedure** Informatie over bewoners werd in 1996 verzameld door gebruik te maken van een vragenlijst die door de groepsleiders werd ingevuld. De lijst bevatte de volgende onderwerpen: geslacht, leeftijd, vroegere contacten met de ggz en lichamelijke aandoeningen of handicaps. Psychiatrische symptomen werden gemeten met Nederlandse versies van de *Reiss Screen for Maladaptive Behavior* (Reiss-vragenlijst; Van Minnen e.a. 1995) en de *Psychopathology Instrument for Mentally Retarded Adults* (PIMRA; Van Minnen e.a. 1994). Verder werd naar het huidige psychofarmacagebruik gevraagd.

**Psychofarmaca** Psychofarmaca die door bewoners van GVT's worden gebruikt, worden bijna altijd door lokale huisartsen voorgeschreven. Het gebruik van deze middelen werd gecodeerd volgens het Anatomisch Therapeutisch Chemisch coderingssysteem (ATC) van de wereldgezondheidsorganisatie. De doses psychofarmaca (antipsychotica, anti-Parkinson-geneesmiddelen, antidepressiva, anxiolytica, hypnotica/sedativa, antihistaminica (promethazine) en anti-epileptica) werden omgezet in aantal 'defined daily dosages' (DDD's): de gemiddelde dosis per dag van een geneesmiddel voor gebruik voor de hoofdindicatie bij volwassenen (Nordic Council on Medicines 1995).

### Meetinstrumenten

**Reiss Screen for Maladaptive Behavior** De Reiss-vragenlijst is een vragenlijst die ontwikkeld is om na te gaan of er een verhoogde kans op psychiatrische stoornissen bij verstandelijk gehandicapten bestaat. De lijst wordt ingevuld door iemand die de persoon goed kent (Reiss 1988). De lijst bestaat uit 35 items die probleemgedrag beschrijven, en resulteert in een totaalscore die indicatief is voor een psychiatrische stoornis. Er zijn 8 schalen: psychose, agressie, autisme, achterdocht, depressie (gedragssignalen), depressie (vitale symptomen), afhankelijke persoonlijkheidsstoornis en vermijdende persoonlijkheidsstoornis. Deze schalen zijn via een factoranalyse verkregen. Aangezien de afkappunten voor de Nederlandse versie voorlopig zijn (Van Minnen 1995), zijn de afkappunten van de Amerikaanse versie gebruikt. De Nederlandse versie heeft een goede interne consistentie (Cronbachs alfa = 0,90) en een betrouwbaarheid voor de schalen die varieert van 0,50 (autisme) tot 0,85 (agressie) (Reiss e.a. 1994). Met de Reiss-vragenlijst kan onderscheid gemaakt worden tussen verstandelijk gehandicapten met en zonder psychiatrische diagnose (Reiss e.a. 1994). De constructvaliditeit van de Reiss-vragenlijst is goed gebleken (Johns & McDaniel 1998; Matson e.a. 1994; Sturmey & Bertman 1994).

**Psychopathology Instrument for Mentally Retarded Adults** De PIMRA is gebaseerd op de DSM-III en bestaat uit 56 items verdeeld over 8 schalen: schizofrenie, affectieve stoornis, psychoseksuele stoornis, aanpassingsstoornis, angststoornis, somatoforme stoornis, persoonlijkheidsstoornis en inadequate (sociale) aanpassing (geen DSM-III-diagnose) (Senatore e.a. 1985). Er zijn 2 versies van deze vragenlijst ontwikkeld: een zelfbeoordelingsversie en een informantversie. De laatste werd voor dit onderzoek gebruikt. Alle PIMRA-schalen bestaan uit 7 items (symptomen), waarvan er 4 aanwezig moeten zijn om een stoornis vast te stellen (Senatore e.a. 1985). De PIMRA is

niet het resultaat van een factoranalyse, maar van een groepering van DSM-III-syndroomspecifieke symptomen. De Nederlandse versie van de PIMRA heeft een goede interne consistentie (Cronbachs alfa = 0,90). De betrouwbaarheid van de schalen varieert van 0,46 (persoonlijkheidsstoornis) tot 0,81 (somatoforme stoornis) (Matson e.a. 1994). Naar aanleiding van diverse onderzoeken kan geconcludeerd worden dat de PIMRA een goede constructvaliditeit heeft (Balboni e.a. 2000; Matson e.a. 1994).

**Psychiatrische symptomen** Om inzicht te krijgen in de relatie tussen verstandelijk gehandicapten met probleemgedrag en psychofarmacagebruik, werden vier symptoomclusters uitgekozen: affectieve symptomen, psychotische symptomen, angstsymptomen en agressiesymptomen.

Wanneer bewoners van GVT's positief scoorden op twee van de drie depressieschalen (gedragssignalen en vitale symptomen van de Reiss-vragenlijst; affectieve stoornis van de PIMRA), werden ze geacht affectieve symptomen te hebben. Bewoners die positief scoorden op twee van de drie psychoseschalen (psychose en achterdocht van de Reiss-vragenlijst; schizofrenie van de PIMRA), werden beschouwd als personen met psychotische symptomen. Zij hadden agressieve symptomen wanneer ze scoorden boven het afkappunt van de agressieschaal van de Reiss-vragenlijst. Wanneer zij boven het afkappunt scoorden van de angststoornisschaal van de PIMRA, werden ze beschouwd als personen met angstsymptomen.

Deze scores moeten wel voorzichtig geïnterpreteerd worden, omdat er onvoldoende onderzoek is verricht naar de validiteit van de schalen van de Reiss-vragenlijst en de PIMRA. Daarom kon op basis van deze instrumenten geen diagnose gesteld worden in termen van DSM-IV of ICD-10 en wordt in dit artikel gesproken van psychiatrische symptomen en niet van psychiatrische stoornissen.

## Analyse

In een logistische regressieanalyse werden de probleemgroep en de controlegroep vergeleken en zijn de prevalentie odds ratio's berekend voor factoren (geslacht, leeftijd, affectieve symptomen, psychotische symptomen, angstsymptomen, agressiesymptomen, psychofarmacagebruik) die mogelijk samenhangen met de probleemgroep. We corrigeerden voor indirecte associaties met de probleemgroep als afhankelijke variabele en met factoren die mogelijk met de probleemgroep samenhangen als onafhankelijke variabe-

len. Bij de analyse is het *Statistical Package for the Social Science* gebruikt.

## RESULTATEN

Van de vragenlijsten die betrekking hadden op de probleemgroep werden er 395 (68,9%) teruggestuurd en 1061 betreffende de controlegroep (71,7%). De gemiddelde leeftijd van bewoners uit de probleemgroep was 39 jaar (standaarddeviatie (SD) = 11,8) en uit de controlegroep 42 jaar (SD = 13,4). Van de probleemgroep had 8,2% in het verleden een epileptisch insult gehad, van de contro-

TABEL 1 Odds ratio's van geslacht, leeftijd, psychiatrische symptomen en psychofarmaca bij de probleemgroep van verstandelijk gehandicapte bewoners van gezinsvervangende tehuizen en een aselechte groep verstandelijk gehandicapte bewoners van gezinsvervangende tehuizen

	Probleemgroep (N = 395*) n (%)	Controlegroep (N = 1061*) n (%)	Ruwe odds ratio (95% BI)	Gecorrigeerde odds ratio (95% BI)
Man	213 (54,1)	521 (49,3)	0,8 (0,7-1,0)	0,8 (0,6-1,1)
Leeftijd (jaren)				
18-35	172 (44,7)	337 (32,2)	1,0 (referentie)	1,0 (referentie)
36-50	149 (38,7)	437 (41,7)	0,7 (0,5-0,9)**	0,8 (0,5-1,1)
51-65	58 (15,1)	207 (19,8)	0,6 (0,4-0,8)**	0,5 (0,3-0,7)**
≥ 66	6 (1,6)	67 (6,4)	0,2 (0,1-0,4)**	0,3 (0,1-0,7)**
Psychiatrische symptomen***				
Affectief	98 (26,3)	64 (6,4)	5,2 (3,7-7,4)**	1,2 (0,7-2,1)
Psychotisch	80 (21,3)	22 (2,2)	12,1 (7,3-20,4)**	2,6 (1,4-5,0)**
Angst	202 (52,9)	224 (22,0)	4,0 (3,1-5,1)**	1,9 (1,4-2,7)**
Agressie	163 (43,1)	50 (4,9)	14,6 (10,2-21,1)**	10,0 (6,6-15,2)**
Psychofarmaca				
Antipsychotica	159 (41,2)	175 (16,7)	3,5 (2,7-4,6)**	2,1 (1,4-3,1)**
Antidepressiva	59 (15,3)	48 (4,6)	3,8 (2,5-5,7)**	2,4 (1,5-3,7)**
Anxiolytica	60 (15,5)	65 (6,2)	2,8 (1,9-4,1)**	1,3 (0,8-1,9)
Anti-epileptica	83 (21,5)	167 (15,9)	1,4 (1,1-2,0)**	0,9 (0,7-1,2)

\* In de meeste analyses was er sprake van missende waarden

\*\*  $p < 0,05$

\*\*\* Affectief: positief voor 2 van de 3 depressieschalen (gedragssignalen en vitale symptomen van de Reiss-vragenlijst; affectieve stoornis van de PIMRA); Psychotisch: positief voor 2 van de 3 psychoseschalen (psychose en achterdocht van de Reiss-vragenlijst; schizofrenie van de PIMRA); Angst: positief voor de angststoornisschaal van de PIMRA; Agressie: positief voor de agressieschaal van de Reiss-vragenlijst.

BI = betrouwbaarheidsinterval

PIMRA = Psychopathology Instrument for Mentally Retarded Adults

legroep 7,3%. Van de probleemgroep had 70,4% in het verleden contact gehad met een ggz-instelling en 18,5% van de controlegroep.

Tabel 1 toont de prevalenties van bewonerskenmerken en de associaties tussen deze kenmerken en beide groepen. Angst- en agressie-symptomen kwamen het meeste voor in de probleemgroep, terwijl in de controlegroep alleen angstsymptomen relatief veel voorkwamen. Een jonge leeftijd en psychotische symptomen, angst- en agressiesymptomen waren significant geassocieerd met de probleemgroep. Antipsychotica en antidepressiva werden significant meer voorgeschreven in de probleemgroep. Van de antipsychotica werden pipamperon en thioridazine het meest voorgeschreven. In de probleemgroep werd pipamperon gebruikt door 31,4% van de antipsychoticagebruikers en door 20,9% van alle psychofarmacagebruikers en thioridazine door respectievelijk 17,6% en 11,7%. In de controlegroep werd pipamperon gebruikt door 17,8% van de antipsychoticagebruikers en door 8,9% van alle psychofarmacagebruikers en thioridazine door respectievelijk 14,9% en 7,4%.

Tabel 2 toont de prevalenties van het psychofarmacagebruik. In de probleemgroep werden significant ( $\chi^2$ -toets) meer psychofarmaca gebruikt en ook meer verschillende soorten psychofarmaca tegelijkertijd. De laagste doseringen van psychofarmacagebruik werden gevonden in de groep van antipsychoticagebruikers met een gemiddelde dosering van levomepromazine van 0,2 DDD (SD 0,1) in de probleemgroep en 0,1 DDD (SD 0,1) in de controlegroep. De hoogpotente antipsychotica werden in hogere doseringen gebruikt: zo bedroeg de gemiddelde dosering haloperidol in de probleemgroep 0,7 DDD (SD 0,6) en in de controlegroep 0,6 DDD (SD 0,6).

Tabel 3 toont de prevalenties van psychofarmacagebruik bij bewoners met affectieve symptomen, psychotische symptomen en angstsymptomen. Antipsychotica werden bij beide groepen bewoners het meest voorgeschreven. In de probleemgroep gebruikten meer bewoners met affectieve symptomen antidepressiva. Antipsychotica werden aan iets meer bewoners met psychotische symptomen van de probleemgroep voorgeschreven. Bewoners met angstsymptomen

TABEL 2 Prevalentie van psychofarmacagebruik in de probleemgroep van verstandelijk gehandicapte bewoners van gezinsvervangende tehuizen en in een aselecte groep verstandelijk gehandicapte bewoners van gezinsvervangende tehuizen

	Probleemgroep (N = 395*) n (%)	Controlegroep (N = 1061*) n (%)
Psychofarmaca		
Inclusief anti-epileptica**	239 (61,8)	349 (33,2)
Exclusief anti-epileptica**	203 (52,6)	240 (22,8)
Aantal psychofarmaca		
1**	107 (27,7)	170 (16,2)
2**	43 (11,1)	102 (9,7)
3**	43 (11,1)	59 (5,6)
≥ 4**	24 (6,2)	18 (1,7)
Aantal verschillende soorten psychofarmaca tegelijkertijd		
1**	123 (31,9)	223 (21,3)
2**	73 (18,9)	97 (9,2)
3**	32 (8,3)	28 (2,7)
≥ 4**	11 (2,8)	1 (0,1)

\* In de meeste analyses was er sprake van missende waarden

\*\*  $p < 0,05$ , probleemgroep vergeleken met de controlegroep ( $\chi^2$ -toets)

TABEL 3 Psychofarmagebruik bij drie symptoomclusters binnen de probleemgroep van verstandelijk gehandicapte bewoners van gezinsvervangende tehuizen (N = 395) en in een aselechte groep verstandelijk gehandicapte bewoners van gezinsvervangende tehuizen (N = 1061)

	Affectieve symptomen*		Psychotische symptomen*		Angstsymptomen*	
	n (%)		n (%)		n (%)	
	Probleemgroep n = 98	Controlegroep n = 64	Probleemgroep n = 80	Controlegroep n = 22	Probleemgroep n = 202	Controlegroep n = 224
Antidepressiva	28 (28,6)	10 (15,6)	17 (21,3)	3 (13,6)	41 (20,3)	19 (8,5)**
Antipsychotica	58 (59,2)	26 (40,6)**	42 (52,5)	10 (45,5)	107 (53,0)	69 (30,8)**
Anxiolytica	26 (26,5)	13 (20,3)	18 (22,5)	2 (9,1)	43 (21,3)	24 (10,7)**
Hypnotica/sedativa	11 (11,2)	1 (1,6)**	7 (8,8)	0 (0)	12 (5,9)	3 (1,3)**
Antiepileptica	20 (20,4)	10 (15,6)	21 (26,3)	4 (18,2)	41 (20,3)	41 (18,3)

\* Affectief: positief voor 2 van de 3 depressieschalen (gedragssignalen en vitale symptomen van de Reiss-vragenlijst; affectieve stoornis van de PIMRA); Psychotisch: positief voor 2 van de 3 psychoseschalen (psychose en achterdocht van de Reiss-vragenlijst; schizofrenie van de PIMRA); Angst: positief voor de angststoornisschaal van de PIMRA; Agressie: positief voor de agressieschaal van de Reiss-vragenlijst.

\*\*  $p < 0,05$

PIMRA = Psychopathology Instrument for Mentally Retarded Adults

uit de probleemgroep gebruikten vaker anxiolytica. Alleen dit laatste verschil was significant ( $\chi^2 = 9,0$ ,  $p < 0,05$ ).

#### BESCHOUWING

Het is waarschijnlijk dat de resultaten van ons onderzoek bij 1456 verstandelijk gehandicapte bewoners van gezinsvervangende tehuizen representatief zijn voor alle bewoners van GVT's. Het responspercentage in ons onderzoek was ongeveer 70% voor zowel de probleemgroep als de controlegroep, wat zeker als redelijk kan worden beschouwd. Er zijn geen gegevens verzameld van de non-responders. De demografische verschillen tussen de bewoners die bij het onderzoek betrokken waren en de Nederlandse registratie van alle bewoners van gezinsvervangende tehuizen zijn echter gering (Landelijke Registratie Zorg- en dienstverlening aan mensen met een verstandelijke handicap 1998). Er kan een vertekening van de resultaten zijn opgetreden door de wijze waarop bewoners voor de probleemgroep door de groepsleiders van de GVT's geselecteerd werden. Dit is het geval als groepsleiders een bewoner selecteerden op basis van psychofarmagebruik.

De groepsleiders waren daarom specifiek geïnstrueerd om naar probleemgedrag en niet naar psychofarmagebruik te kijken en is het onaanemelijk dat ze deze instructies niet hebben opgevolgd.

Een beperking bij het vaststellen van de psychiatrische symptomen was dat er geen gegevens over de sensitiviteit en specificiteit van de Reiss-vragenlijst en de PIMRA in relatie tot de afkappunten bekend zijn. Dit maakt dat de resultaten van het onderzoek met voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden.

Dit onderzoek heeft uitgewezen dat meer dan de helft van de bewoners (52,6%) van de probleemgroep en bijna een kwart van de controlegroep (22,8%) psychofarmaca gebruikten – exclusief anti-epileptica. Het frequente gebruik van antipsychotica en het veel minder frequente gebruik van antidepressiva (respectievelijk 41,2% en 15,3% bij de probleemgroep en 16,7% en 4,6% bij de controlegroep) dat we in ons onderzoek vonden, komt overeen met eerdere onderzoeken (Aman e.a. 1995; Rinck 1998; Spreat e.a. 1997). De hoge prevalentie van antipsychotica is niet verbazend, omdat het gebruik van deze middelen een van de belangrijkste strategieën is om verstande-

lijk gehandicapte bewoners met gedragsproblemen te behandelen. Daarnaast is de psychiatrische diagnostiek bij verstandelijk gehandicapten complex, waarbij stemmingsstoornissen en mogelijk ook angststoornissen in verband met atypische symptomatologie nogal eens worden behandeld met antipsychotica (Verhoeven & Tuijnier 1999b).

Dat antipsychotica vaak in een dosering van minder dan 1 DDD werden voorgeschreven, hangt waarschijnlijk samen met ervaringen van gunstige effecten bij dergelijke lage doseringen bij verstandelijk gehandicapten met gedragsproblemen (Malt e.a. 1995).

Bewoners van de probleemgroep waren jonger en hadden vaker psychotische symptomen, en angst- of agressiesymptomen. Dat het inderdaad om problematische bewoners gaat, wordt onderstreept door het frequente gebruik van antipsychotica, vaak voorgeschreven in lage doseringen en voor allerlei indicaties, en het gebruik van meerdere psychofarmaca tegelijkertijd. Deze bevindingen zijn in overeenstemming met de resultaten van een ander onderzoek bij verstandelijk gehandicapten, waarin een associatie werd gevonden tussen sociaal ontwrichtend gedrag en het voorschrijven van antipsychotica (Kiernan e.a. 1995; Stone e.a. 1989). Dat meer bewoners van de probleemgroep antidepressiva gebruikten, lijkt, naast het frequenter voorkomen van affectieve symptomen, verklaard te kunnen worden doordat deze middelen, vooral selectieve serotonineheropnameremmers, regelmatig worden voorgeschreven aan verstandelijk gehandicapten met een slechte impulscontrole of zelfverwondend gedrag (Sovner e.a. 1998).

Er is veel wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van de behandeling van stemmingsstoornissen, psychotische stoornissen, of angststoornissen met antidepressiva of stemmingsstabilisatoren, antipsychotica en anxiolytica (Baumeister e.a. 1998; Clarke 1997; Sovner e.a. 1998; Werry 1998). Wij vonden echter dat, hoewel bewoners een breed spectrum aan middelen – met name antipsychotica – gebruikten, specifieke

middelen bij bewoners met de corresponderende symptomen naar verhouding weinig gebruikt werden. Deze bevinding suggereert dat een aanzienlijk aantal bewoners met psychiatrische symptomen onderbehandeld wordt. Zeer waarschijnlijk worden symptomen van bewoners niet herkend vanwege de atypische presentatie, moeilijkheden in het verkrijgen van voldoende informatie en/of een beperkte toegang tot psychiatrische voorzieningen (Van Waarde e.a. 1999). Hoewel minder waarschijnlijk, is het ook mogelijk dat voordat medicatie voorgeschreven wordt, eerst psychotherapeutische en andere behandelingstechnieken toegepast worden om de symptomen te bestrijden. Overigens vindt onderbehandeling, bijvoorbeeld van depressieve stoornissen, ook in de algemene bevolking plaats (Davidson & Meltzer-Brody 1999; Hirschfeld e.a. 1997).

Samenvattend vonden wij aanzienlijke verschillen in de prevalenties van psychofarmacagebruik tussen een probleemgroep en een controlegroep van verstandelijk gehandicapte bewoners van GVT's, waarbij antipsychotica opvallend vaak werden voorgeschreven. Het is aannemelijk dat naast lage doses antipsychotica allerlei psychofarmaca gebruikt worden om sociaal ontwrichtend gedrag te behandelen, zoals wordt gesuggereerd door de associatie tussen enerzijds psychotische symptomen en agressiesymptomen en anderzijds het behoren tot de probleemgroep. Onze bevindingen suggereren dat een aanzienlijk aantal bewoners met psychiatrische symptomen onderbehandeld wordt. Om meer oorzakelijke verbanden tussen symptomen en behandeling met psychofarmaca te bepalen, moet een longitudinaal onderzoek worden opgezet waarbij gegevens over de effectiviteit van psychofarmacagebruik worden verzameld.

#### NOOT

1. Dit artikel is een bewerking van: Stolker, J.J., Koedoot, P.J., Heerdink, E.R., e.a. (2002). Psychotropic drug use in intellectually disabled group-home residents with behavioural problems. *Pharmacopsychiatry*, 35, 19-23.

## LITERATUUR

- Aman, M.G., Sarphare, G., & Burrow, W.H. (1995). Psychotropic drugs in group homes: prevalence and relation to demographic/psychiatric variables. *American Journal on Mental Retardation*, 99, 500-509.
- Balboni, G., Battagliese, G., & Pedrabissi, L. (2000). The psychopathology inventory for mentally retarded adults: factor structure and comparisons between subjects with or without dual diagnosis. *Research in Developmental Disabilities*, 21, 311-321.
- Bates, W.J., Smeltzer, D.J., & Arnoczky, S.M. (1986). Appropriate and inappropriate use of psychotherapeutic medications for institutionalized mentally retarded persons. *American Journal of Mental Deficiency*, 90, 363-370.
- Baumeister, A.A., Sevin, J.A., & King, B.H. (1998). Neuroleptic medications. In M.G. Aman & S. Reiss (Red.), *Psychotropic medications and developmental disabilities. The international consensus handbook* (pp. 133-150). Columbus, OH: Ohio State University.
- Borthwick-Duffy, S.A. (1994). Epidemiology and prevalence of psychopathology in people with mental retardation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 17-27.
- Clarke, D. (1997). Physical treatments. In S.G. Read (Red.), *Psychiatry in learning disability* (pp. 350-379). London: W.B. Saunders Company.
- Davidson, J.R., & Meltzer-Brody, S.E. (1999). The underrecognition and undertreatment of depression: what is the breadth and depth of the problem? *The Journal of Clinical Psychiatry*, 60(Suppl. 7), 4-9.
- Hirschfeld, R.M., Keller, M.B., Panico, S., e.a. (1997). The National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression. *The Journal of the American Medical Association*, 277, 333-340.
- Johns, M.R., & McDaniel, W.F. (1998). Areas of convergence and discordance between the MMPI-168 and the Reiss Screen for Maladaptive Behavior in mentally retarded clients. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 529-535.
- Kiernan, C., Reeves, D., & Alborz, A. (1995). The use of anti-psychotic drugs with adults with learning disabilities and challenging behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, 39, 263-274.
- Koedoot, P., & Kok, I. (1996). *Gedragsproblematiek in GVT's: de omvang en aanpak van gedragsproblemen in semi-murale woonvoorzieningen voor verstandelijk gehandicapten*. Utrecht: Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid.
- Landelijke Registratie Zorg- en dienstverlening aan mensen met een verstandelijke handicap. (1998). *Landelijke tabellen intramuraal 1996. Gebruikers geïnventariseerd 1995 en 1996. Inventarisatie bewoners en deelnemers semimurale voorzieningen voor mensen met een verstandelijke handicap*. Utrecht: Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland.
- Malt, U.F., Nystad, R., Bache, T., e.a. (1995). Effectiveness of zuclopenthixol compared with haloperidol in the treatment of behavioural disturbances in learning disabled patients. *British Journal of Psychiatry*, 166, 374-377.
- Matson, J.L., van Minnen, A., & Hoogduin, K. (1994). *Handleiding: de Nederlandse versie van de Psychopathology Inventory for Mentally Retarded Adults*. Worthington, Ohio: IDS.
- Minnen, A. van. (1995). *Een verschil van dag en nacht? De vergelijking van ambulante en klinische behandeling van sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten (SGLVG)*. Venray: Nieuw Spraeland.
- Minnen, A. van, Savelsberg, P.M., & Hoogduin, K.A. (1994). A Dutch version of the Psychopathology Inventory for Mentally Retarded Adults (PIMRA). *Research in Developmental Disabilities*, 15, 269-278.
- Minnen, A. van, Savelsberg, P.M., & Hoogduin, K.A. (1995). A Dutch version of the Reiss Screen of Maladaptive Behavior. *Research in Developmental Disabilities*, 16, 43-49.
- Nordic Council on Medicines. (1995). *Guidelines for DDD*. Oslo: WHO collaborating Centre for Drug Statistics and Methodology.
- Reiss, S. (1988). *The Reiss Screen for Maladaptive Behavior test manual*. Worthington, Ohio: IDS Publishing.
- Reiss, S., van Minnen, A., & Hoogduin, K. (1994). *Handleiding: de Nederlandse versie van de Reiss Screen for Maladaptive Behavior*. Worthington, Ohio: IDS.
- Rinck, C. (1998). Epidemiology and psychoactive medication. In M.G. Aman & S. Reiss (Red.), *Psychotropic medications and developmental disabilities. The international consensus handbook* (pp. 31-44). Columbus, OH: Ohio State University.
- Schroijenstein Lantman-de Valk, H.M. van, Kessels, A.G., Haveman, M.J., e.a. (1995). Medicijngebruik door verstandelijk gehandicapten in instituten en gezinsvervangende tehuizen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 139, 1083-1088.
- Senatore, V., Matson, J.L., & Kazdin, A.E. (1985). An inventory to assess psychopathology of mentally retarded adults. *American Journal of Mental Deficiency*, 89, 459-466.
- Singh, N.N., Ellis, C.R., & Wechsler, H. (1997). Psychopharmacoepidemiology of mental retardation: 1966 to 1995. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 7, 255-266.
- Sovner, R., Pary, R.J., Dosen, A., e.a. (1998). Antidepressants. In M.G. Aman & S. Reiss (Red.), *Psychotropic medications and developmental disabilities. The international consensus handbook* (pp. 179-



- 200). Columbus, OH: Ohio State University.
- Spreat, S., Conroy, J.W., & Jones, J.C. (1997). Use of psychotropic medication in Oklahoma: a statewide survey. *American Journal on Mental Retardation*, 102, 80-85.
- Stone, R.K., Alvarez, W.F., Ellman, G., e.a. (1989). Prevalence and prediction of psychotropic drug use in California developmental centers. *American Journal on Mental Retardation*, 93, 627-632.
- Sturmey, P., & Bertman, L.J. (1994). Validity of the Reiss Screen for Maladaptive Behavior. *American Journal on Mental Retardation*, 99, 201-206.
- Szymanski, L.S. (1994). Mental retardation and mental health: concepts, aetiology and incidence. In N. Bouras (Red.), *Mental health in mental retardation: recent advances and practices* (pp. 19-33). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Tuinier, S., & Verhoeven, W.M.A. (1994). Pharmacological advances in mental retardation: a need for reconceptualization. *Current Opinion in Psychiatry*, 7, 380-386.
- Verhoeven, W.M.A., & Tuinier, S. (1999a). Farmacotherapie bij verstandelijk gehandicapten met gedragsstoornissen en/of psychiatrische aandoeningen; een dimensionale benadering. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 41, 219-231.
- Verhoeven, W.M.A., & Tuinier, S. (1999b). Neuropsychiatrische diagnostiek. In W.M.A. Verhoeven, S. Tuinier, & L.M.G. Curfs (Red.), *Diagnostiek en behandeling van gedragsproblemen bij verstandelijk gehandicapten* (pp. 35-46). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Waarde, J.A. van, Stolker, J.J., & Van, H.L. (1999). Gedragsveranderingen bij mensen met een verstandelijke handicap begrepen en behandeld door consultatieve psychiatrie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 143, 1801-1804.
- Werry, J.S. (1998). Anxiolytics and sedatives. In M.G. Aman & S. Reiss (Red.), *Psychotropic medications and developmental disabilities. The international consensus handbook* (pp. 201-214). Columbus, OH: Ohio State University.

## AUTEURS

J.J. STOLKER is als psychiater verbonden aan Altrecht Geestelijke Gezondheidszorg, afdeling Wier, Den Dolder, en is als onderzoeker verbonden aan de Disciplinarygroep Farmaco-epidemiologie en Farmacotherapie, Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences (UIPS), Utrecht.

P.J. KOEDOOT was ten tijde van het onderzoek werkzaam als wetenschappelijk medewerker bij het Trimbos-instituut te Utrecht en is thans werkzaam als consultant bij Van Iren, Koedoot & Duin Consultancy, Putten.

E.R. HEERDINK is als universitair docent verbonden aan de Disciplinarygroep Farmaco-epidemiologie en Farmacotherapie, Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences (UIPS), Utrecht.

H.G.M. LEUFKENS is als hoogleraar verbonden aan de Disciplinarygroep Farmaco-epidemiologie en Farmacotherapie, Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences (UIPS), Utrecht.

W.A. NOLEN is hoogleraar psychiatrie, in het bijzonder de farmacotherapie (Universitair Medisch Centrum Utrecht) en tevens verbonden aan Altrecht Geestelijke Gezondheidszorg in Utrecht.

Correspondentieadres: dr. J.J. Stolker, Altrecht Geestelijke Gezondheidszorg, afdeling Wier, Dolderseweg 164, 3734 BN Den Dolder.

E-mail: j.stolker@altrecht.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 6-5-2003.

## SUMMARY

Psychotropic drug use by mentally retarded persons with behavioural problems residing in care homes – J.J. Stolker, P.J. Koedoot, E.R. Heerdink, H.G.M. Leufkens, W.A. Nolen –

**BACKGROUND** Little is known about the link between psychiatric symptoms and psychotropic drug use among the mentally retarded in residential care.

**AIM** We wanted to gain insight into the use of psychotropic drugs by mentally retarded persons with psychiatric symptoms residing in care homes.

**METHOD** Nursing staff in these homes selected 573 problematic residents (one resident from each home) and 1479 residents were randomly sampled from all the homes. Psychiatric symptoms were measured using the Reiss Screen for Maladaptive Behavior and the Psychopathology Instrument for Mentally Retarded Adults.

**RESULTS** Psychotropics (excluding anticonvulsants) were used by 52.6% of the problem behaviour group and by 22.8% of the randomly sampled group. Young age, psychotic, anxiety and aggression symptoms were significantly associated with the problem group as were the use of antipsychotics and antidepressants. Antidepressants or mood stabilisers, antipsychotics and anxiolytics were relatively sparsely administered to patients with affective, psychotic, or anxiety symptoms.

**CONCLUSION** Antipsychotics in particular are prescribed frequently. Furthermore, it is likely that a considerable number of residents with psychiatric symptoms receive less treatment than they actually require.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 45 (2003) 11, 667-676]

**KEY WORDS** group-homes, mental retardation, mental disorders, psychotropic drugs