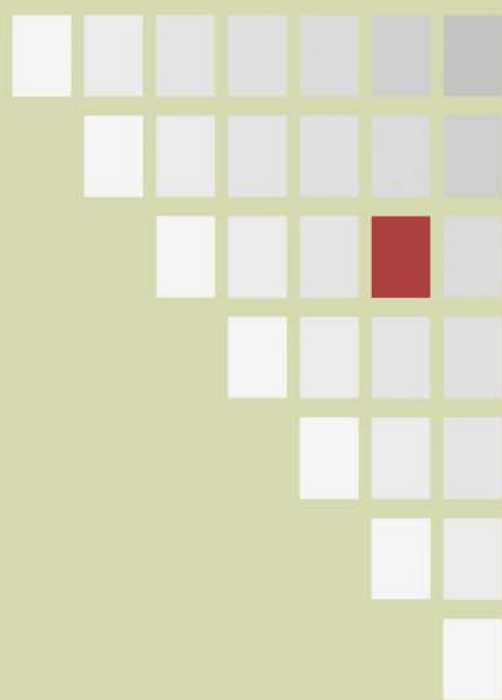


NVAVG-Standaard 2



VOORSCHRIJVEN VAN PSYCHOFARMACA BIJ MENSEN MET EEN VERSTANDELIJKE BEPERKING



Voorwoord

De voorliggende richtlijn van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG), die de arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG) ondersteunt bij het zorgvuldig voorschrijven van psychofarmaca, heeft een lange voorgeschiedenis. Al meer dan tien jaar bestaat binnen de beroepsgroep behoefte aan meer onderbouwing bij het indiceren van het gebruik en het vervolgen van het effect van deze groep geneesmiddelen. Ze worden veel en vaak langdurig gebruikt, de indicaties zijn vaak niet eenduidig en de (blijvende) consequenties zijn groot.

De samenstellers van deze richtlijn zijn zich er van bewust dat de resultaten voor een belangrijk deel 'practice based' zijn. Dit is het gevolg van de diversiteit binnen de groep van mensen met een verstandelijke beperking, de beperkte toeasbaarheid van bruikbare diagnostische classificatiesystemen en van de beperkte aanwezigheid van bruikbare literatuur. Deze richtlijn heeft dan ook het karakter van een voorlopige versie: de verwachting is dat binnen afzienbare tijd een verbeterde versie mogelijk zal zijn.

Dit document is primair bestemd voor de AVG. Problematiek, mogelijkheden en context sluiten aan bij de werkomstandigheden van de AVG. Alle geneesmiddelen, en zeker ook psychofarmaca, dienen alleen voorgeschreven te worden als de voordelen de (potentiële) nadelen overstijgen.

Daarom besteedt het eerste deel van deze richtlijn ook veel aandacht aan diagnostiek en indicatiestelling. Overigens worden niet-medicamenteuze interventies hier niet besproken.

Deze richtlijn is tot stand gekomen op basis van een taakopdracht van het NVAVG-bestuur. Het voorstel van de werkgroep is vervolgens voorgelegd aan een breed samengestelde groep externe referenten. Hun in dank ontvangen opmerkingen zijn verwerkt in een volgende versie. Deze versie is gepresenteerd aan de leden van de NVAVG. Ook de hierbij gedane suggesties zijn een deel geworden van de definitieve tekst die door het bestuur ter accordering in de algemene ledenvergadering van 22 november 2007 aan de leden is voorgelegd.

We hopen dat deze richtlijn een bijdrage levert aan de kwaliteit van de farmacotherapeutische interventies door de AVG en tot een toename van de kennis op dit gebied.

Inhoudsopgave

1. INLEIDING: BEHOEFTE EN HISTORIE	2
Werken aan een oplossing	2
Een nieuwe taakopdracht	2
2. INHOUD VAN DE RICHTLIJN	4
2.1 Methodisch voorschrijven: Hoe schrijf ik voor?	4
A. Beeldvorming en onderzoek	4
B. Diagnostische formulering	4
C. Zorgvuldigheidsregels.	5
2.2 Adviezen en literatuur: Wat schrijf ik voor?	6
A. Toelichting en uitgangspunten	6
B. Behandeling volgens clusters van psychiatrische symptomen en gedragskenmerken met een onderliggend neuropsychologisch lijden	7
C. Behandeling van psychopathologie bij genetische syndromen	8
D. Indeling psychofarmaca en toepassingsgebied bij mensen met een verstandelijke beperking	9
Toelichting	9
Indeling van de psychofarmaca en toepassingsgebieden	9
E. Aanbevolen literatuur	12
Richtlijnen en praktische overzichten	13
Handboeken en overzichtsartikelen	13
Achtergrondliteratuur	13
2.3 Aanvullende literatuurverwijzingen	15
Bijlage: <i>Evaluatie toepassing gedragsmedicatie: een overzicht van gevalideerde meetinstrumenten.</i>	17
Samenstelling werkgroep en referenten	16

1. Inleiding:

behoefte en historie

Aan kinderen, adolescenten en volwassenen met een verstandelijke beperking worden relatief veel psychofarmaca voorgeschreven. Volgens de literatuur worden psychofarmaca in grote instellingen gebruikt door 44-60% van de bewoners. In kleinschalige instellingen zou dit 30% zijn.^{56,61} Als de patiënt eenmaal op medicatie is ingesteld wordt de behandeling vaak onvoldoende geëvalueerd. Hierdoor kan het medicijngebruik vaak jarenlang doorgaan, zonder dat er nog een indicatie bestaat of dat er evaluatie plaatsvindt.^{54,63}

Als indicaties voor het gebruik van psychofarmaca worden in de literatuur gedragsproblemen, gedragsstoornissen en psychische problemen of psychiatrische ziekten genoemd.⁶⁸ Vaak is echter niet duidelijk wat men bedoelt met gedragsstoornissen. Want voor wie is het gedrag storend? Is er wel voldoende rekening gehouden met de draagkracht in relatie tot de draaglast van de persoon? Is er wellicht aanpassing van de omgeving nodig? Wordt er een psychiatrisch ziektebeeld mee bedoeld? Psychiatrische ziekten kunnen immers gepaard gaan met gedragsstoornissen, maar andersom hoeven gedragsstoornissen geen uiting te zijn van een psychiatrische ziekte.^{54,60}

De Arts voor Verstandelijk Gehandicapten (AVG) wordt gevraagd om de gedragsproblemen vanuit een medische invalshoek te onderzoeken. De arts dient daarbij de volgende vragen te beantwoorden:⁵¹

- Hoe moet ik dit gedrag begrijpen?
- Is de oorzaak psychosociaal, psychopathologisch of biologisch?
- Wat is een richtinggevende diagnostische classificatie?
- Wat is de behandelingsstrategie?

In de praktijk bepaalt veelal de aard van het probleemgedrag, bijvoorbeeld agressie, onrust of dwang, welk medicament wordt voorgeschreven.³⁶ De AVG behandelt zowel op grond van psychiatrische ziekten als op grond van onderliggend lijden. Het is belangrijk om zich te realiseren dat een AVG verantwoordelijk is voor de fysieke en psychische gezondheid van de betrokken patiënt. Hierbij moet er gewaakt worden voor onnodig medicatiegebruik; de persoon moet behandeld worden, niet het gedrag van die persoon.

De AVG werkt vanuit een multidisciplinaire werkwijze. Door zorgvuldige analyse van het gedrag zal men vaak kunnen concluderen dat psychofarmaca niet geïndiceerd zijn. Het is dan de taak van de AVG om dit duidelijk kenbaar te maken aan de betrokkenen. Het tijdelijk voorschrijven van medicatie kan een ondersteunende rol hebben. Daarnaast moet het belang van psychotherapeutische en psychosociale interventies benadrukt worden.

In de dagelijkse praktijk is het voor de AVG vaak lastig om op een wetenschappelijk verantwoorde manier een geschikt psychofarmacon te kiezen en voor te schrijven.

Werken aan een oplossing

Naar aanleiding van de onduidelijkheid over het voorschrijfbeleid van psychofarmaca, heeft de NVAVG eind jaren '90 een commissie 'psychische- en gedragsstoornissen' ingesteld. Deze heeft als opdracht gekregen, beleid te ontwikkelen ten aanzien van het gebruik van psychofarmaca bij mensen met een verstandelijke beperking. In het kader hiervan heeft de commissie een inventariserend onderzoek gedaan naar het voorschrijven van psychofarmaca door AVG's die in Nederland werkzaam zijn.³⁶

Bij het hierop volgende literatuuronderzoek is echter weinig bruikbaar materiaal gevonden waarop een beleid gebaseerd kan worden. De doelgroep mensen met een verstandelijke beperking leent zich kennelijk om allerlei redenen moeilijk voor wetenschappelijk onderzoek.

Verschillen in diagnostische methoden maken het onmogelijk om patiëntengroepen te vergelijken. Voorstanders van 'evidence based practice' staan met lege handen; voorstanders van 'practice based evidence' die hun ervaringsdeskundigheid wilden gebruiken, ontberen een wetenschappelijke onderbouwing. Het is daarom heel moeilijk gebleken om binnen de commissie tot een gezamenlijke aanpak te komen. Als aanzet tot het ontwikkelen van richtlijnen heeft de commissie uiteindelijk een advies gepubliceerd dat op persoonlijke titel geschreven is.³⁶

Een nieuwe taakopdracht

Als vervolg op dit advies heeft het bestuur van de NVAVG in 2004 een werkgroep ingesteld. Deze werkgroep heeft als taak gekregen, om een richtlijn voor het voorschrijven van psychofarmaca bij mensen met een verstandelijke beperking te ontwikkelen. De taakopdracht bestaat uit twee delen:

- Het tot stand brengen van een systematisch, gewogen en toegelicht overzicht van literatuur over psychofarmaca bij mensen met een verstandelijke beperking.
- Het opstellen van een praktische leidraad ('good practice') voor het methodisch voorschrijven van psychofarmaca aan mensen met een verstandelijke beperking.

Het vinden van betrouwbare en bruikbare wetenschappelijke literatuur over dit onderwerp blijkt nog steeds erg moeilijk te zijn. Evidence Based Medicine (EBM) behelst echter meer dan het vinden van wetenschappelijk bewijsmateriaal: 'EBM staat voor een systematische, gestructureerde manier van werken waarin wetenschappelijk onderzoek, wetenschappelijke theorieën, praktijkervaring, hypothesevermoring en toetsing samenkomen'. *

De richtlijn die nu voor u ligt is gebaseerd op een mix van gecondenseerde kennis uit handboeken, bestaande richtlijnen en wetenschappelijke artikelen. Tevens is hierin de ervaringsdeskundigheid verwerkt van in Nederland werkende

* Naar: Ho VKJ, Van der Steen WJ. Tussen geneeskunde en geneeskunst. De waarde van evidence in de praktijk. Huisarts en Wetenschap 2005; 48(7): 337-40.

AVG's en psychiaters met speciale belangstelling en ervaring op het gebied van psychiatrie en psychofarmacotherapie bij mensen met een verstandelijke beperking.

De wetenschappelijke onderbouwing kan niet anders dan beperkt zijn. Het niveau van bewijs van de conclusies is gebaseerd op dat van de mening van deskundigen.

Door het toevoegen van een selectie gevalideerde psychometrische schalen (zie bijlage I) is aansluiting gezocht bij de psychiatrie, waar het werken met deze schalen gebruikelijk is. Mede hierdoor wordt de samenwerking met gedragswetenschappers gestimuleerd.

De richtlijn heeft als doel de AVG handvatten te bieden om tot een keuze te komen voor een voor deze patiënt geschikt psychofarmakon en dit op een verantwoorde manier voor te schrijven.

De richtlijn beoogt AVG's te stimuleren om op een uniforme en methodische wijze te werken. Op deze manier wordt het handelen toetsbaar en kan de kwaliteit van de patiëntenzorg worden verbeterd. Wellicht kan de richtlijn ook een bijdrage leveren aan het verbeteren van de voorwaarden voor wetenschappelijk onderzoek, zodat een volgende richtlijn minder 'practice based' en meer 'evidence based' is.

Leeswijzer

Aansluitend op dit inleidende hoofdstuk bevat hoofdstuk 2 de tekst van de richtlijn als zodanig.

Dit hoofdstuk bestaat uit twee onderdelen:

Hoe schrijf ik voor? en **Wat schrijf ik voor?**

Paragraaf 2.1 beschrijft systematisch de te volgen stappen voor een zorgvuldige indicatiestelling en evaluatie bij de behandeling met psychofarmaca in het algemeen: *Hoe schrijf ik voor?*

De onderscheiden ziekte-entiteiten, symptomenclusters en specifieke psychofarmaca worden behandeld in paragraaf 2.2.: *Wat schrijf ik voor?*

Naar algemene classificatiesystemen en richtlijnen die voor dit onderwerp van belang zijn wordt verwezen in 2.2.A. Dan volgen twee paragrafen met suggesties voor specifieke psychofarmaca bij twee categorieën, die kenmerkend zijn voor de populatie verstandelijk gehandicapten, ingedeeld naar symptoomclusters (2.2.B) en naar psychopathologie bij genetische symptomen (2.2.C).

Niet de symptomatologie maar het psychofarmakon staat centraal in paragraaf 2.2.D. In aanvulling op een standaardbron, waarbij hier gekozen is voor het Farmacotherapeutisch Kompas, worden van een groot aantal psychofarmaca aandachtspunten geformuleerd, die van belang zijn bij het voor schrijven aan mensen met een verstandelijke beperking.

Bij al deze paragrafen is het noodzakelijk steeds de inleidende toelichting zorgvuldig te lezen.

Paragraaf 2.2.E bevat een overzicht van aanbevolen bronmateriaal dat de AVG kan gebruiken om zijn kennis te verdiepen of om gericht nadere informatie te zoeken.

De literatuur verwijzingen die niet in de paragraaf 2.2 aan de orde zijn gekomen, zijn te vinden in paragraaf 2.3

2. Inhoud van de richtlijn

2.1 METHODISCH VOORSCHRIJVEN: HOE SCHRIJF IK VOOR?

A. Beeldvorming en onderzoek

Toelichting

Beeldvorming van de cliënt behoeft een multidisciplinair team waarin de AVG participeert.

Een onderliggende stoornis (zoals een genetische aandoening, hechtingsproblematiek, autisme of een co-morbide aandoening) kan het beeld bij mensen met een verstandelijke beperking sterk kleuren. Maar ook veranderingen in de sociale omgeving, overvraging en bij gebrekkige dagbesteding zijn bij kinderen en volwassenen met een verstandelijke beperking belangrijke oorzakelijke factoren bij veranderingen in het gedrag.

Door onvoldoende systematiek en onvoldoende multidisciplinaire samenwerking in deze fase kunnen fouten ontstaan bij de diagnostiek. Denk bijvoorbeeld aan een aanpassingsstoornis waarbij medicatie meestal niet nodig is.

Onderstaande lijst is gebaseerd op kennis en praktijkervaring van de leden van de werkgroep.

I. Klacht en klachtduiding

- Een nauwkeurige omschrijving van de klachten door (indien mogelijk) de patiënt zelf, de ouders en de vaste verzorgers/begeleiders.
 - a. Hoe lang bestaan de klachten?
 - b. Hoe vaak en wanneer treden ze op?
 - c. Is er een verband met omgevingsfactoren?
 - d. Is er verband met medicatiegebruik, zoals anti-epileptisch⁶⁴?
 - e. Hoe beïnvloeden de klachten het dagelijks functioneren?
 - f. Wat is de invloed op de gezondheid en het welbevinden?
 - g. Veroorzaken de klachten lijdensdruk?
- Is er sprake van een recidief?
Wat waren destijds de ervaringen met aanleiding, beloop en interventies?
- Is acute interventie noodzakelijk om veiligheidsredenen of gezien de aard van het beeld?

II. Persoonsbeeld

Hierbij worden diverse facetten in kaart gebracht die invloed uitoefenen op de klachten, de beleving van de klachten en het omgaan met de klachten, zowel bij de patiënt als bij relevante personen in zijn omgeving.

- Leeftijd van de patiënt.
- Etiologie van de verstandelijke handicap.
- Ontwikkeling en bereikte niveau van cognitief en sociaal-emotioneel functioneren.
 - Knik in de ontwikkeling en/of een achteruitgang in functies?
 - Disharmonisch ontwikkelingsprofiel?

- Communicatiemogelijkheden.
- Bijkomende stoornissen en handicaps. Let vooral op
 - Autismen en aanverwante stoornissen
 - Zintuigstoornissen
 - Epilepsie
 - Motorische beperkingen
 - Gastrointestinale problematiek
- Medische voorgeschiedenis, inclusief medicatiehistorie.
- Algemene tractusanamnese, medicatiegebruik, verslavende middelen gebruik, intoxicaties.
- Familieanamnese ten aanzien van erfelijke en psychiatrische ziekten (ook de reactie op medicatie).
- Psychodynamische factoren ten aanzien van persoonlijkheidsontwikkeling en systeeminvloeden. Let op hechtingsproblematiek. Let op (ontwikkelings)fase problematiek. Hoe is het zelfbeeld van de persoon in kwestie?

III. Onderzoek

- Psychiatrisch onderzoek.
- Aanvullend fysisch diagnostisch onderzoek, inclusief visus en gehoor.
- Neurologisch onderzoek, ontwikkelingsneurologisch onderzoek.

IV. Samenvatting en conclusie

Hierin kan het kader beschreven worden waarin de gedragsproblemen/psychiatrische symptomen geplaatst moeten worden.

V. Vervolgbeleid vaststellen

Is nader aanvullend onderzoek nodig? Is een verwijzing nodig naar een of meer medisch specialisten? En is er een verwijzing nodig naar andere disciplines die werkzaam zijn in de zorg voor verstandelijke gehandicapten? Is psychiatrisch, psychologisch of systeem(omgevings)onderzoek nodig? De uitslagen van deze onderzoeken leiden tot heroverweging van de diagnostische formulering.

B. Diagnostische formulering

Toelichting

Bestaande methoden bij psychiatrische diagnostiek, zoals de DSM-IV-TR¹³ of de ICD-10⁴¹ zijn bij mensen met een verstandelijke beperking niet altijd toepasbaar. In dergelijke gevallen adviseert deze richtlijn om te kiezen voor een indeling in clusters van gedragskenmerken en symptomen die gerelateerd zijn aan onderliggende factoren en functiestoornissen. Het classificatiesysteem DC-LD²⁸ is een alternatief.

Het formuleren van een werkdiagnose

Na het opstellen van een differentiaaldiagnose wordt een diagnose geformuleerd.

Een diagnose valt te omschrijven als een voorlopige probleemdefiniëring met handelingsconsequenties. Het voorschrijven van medicatie als proefbehandeling kan helpen bij het stellen van de diagnose. De AVG kan in deze fase de hulp

inroepen van de psychiater, GZpsycholoog of orthopedagoog met specifieke kennis op dit gebied.

De diagnostische formulering dient in ieder geval te bevatten:

- Actuele somatische en neurologische ziekten en stoornissen: met behulp van algemeen geldende diagnostische criteria.
- Psychiatrische ziekten.
Hierbij kan gebruik worden gemaakt van DSM-IV-TR¹³, ICD-10⁴¹ en DC-LD²⁸ als diagnostisch instrumenten, evenals van de *Richtlijnen voor de praktijk van onderzoek en diagnostiek van problemen met de geestelijke gezondheid bij volwassenen met een verstandelijke beperking*.³² Bij het opstellen van een werkdiagnose dient gebruik te worden gemaakt van een meerdimensioneel model.
Zo nodig en indien mogelijk volgt neuropsychologisch onderzoek en ander specifiek aanvullend laboratoriumonderzoek en beeldvormend onderzoek.

Bij mensen met een lichte verstandelijke beperking is het goed mogelijk om volgens de normale classificatiesystemen te werken. De wijze van vragen naar symptomen dient wel te worden aangepast.

Het is niet altijd mogelijk op deze manier een psychiatrische diagnose te stellen. Soms zijn er moeilijk te duiden lichamelijke klachten die psychosomatisch, syndroomgebonden of handicapgebonden van aard zijn. De AVG dient zich in dit geval te richten op de symptomen die het dagelijks functioneren het meest nadelig beïnvloeden en/of lijdensdruk veroorzaken. Die symptomen zijn veelal gerelateerd aan het sociaal, emotioneel en cognitief functioneren of vinden hun oorzaak in functiestoornissen van het autonome zenuwstelsel of regulatiestoornissen van het centrale zenuwstelsel. Verbijzonderingen hiervan zijn de zogenoemde symptoomclusters en de 'behavioral phenotypes' (gedragsfenotypen). De symptoomclusters³⁷ zijn het resultaat van het groeperen van gedrags- en belevingsaspecten, die geregeld samen bij mensen met een verstandelijke handicap voorkomen. Van een gedragsfenotype¹⁷ spreekt men, als specifieke gedrag- of psychopathologische problematiek gekoppeld is aan een (genetisch) syndroom. De symptoomclusters en medicamenteuze ingangen hierbij worden besproken in § 2.2.B, de behavioral phenotypes in § 2.2.C.

C. Zorgvuldigheidsregels.

Toelichting

Gezien de kenmerken van de groep, de problemen met de diagnostiek en de vergrote kans op onbedoelde effecten vormen zorgvuldigheidsregels in deze richtlijn een essentieel element. Omdat het hier gaat om (deels) wilsonbekwame mensen met gedrags- en psychische moeilijkheden, is het noodzakelijk het wettelijke kader zorgvuldig in acht te nemen.

Leidraad hierbij is de WGBO. Ook de regelgeving vanuit de Wet BOPZ kan een rol spelen. Bij mensen met een verstandelijke beperking verdient 'informed consent' bijzondere

aandacht. Er moet op een voor de patiënt begrijpelijke manier voorlichting worden gegeven over werking en bijwerkingen van het te geven medicijn. De wettelijke vertegenwoordiger speelt, naast de dagelijkse ondersteuner, bij het voorschrijven van psychofarmaca een belangrijke rol.

Het registreren van de werking en bijwerkingen van de medicatie is noodzakelijk. In de bijlage staat een aantal gevalideerde psychometrische instrumenten vermeld. Een individueel geconstrueerde lijst is soms echter noodzakelijk. In beide situaties is samenwerking met een gedragswetenschapper wenselijk.

Zorgvuldig voorschrijven

Als de indicatie voor een bepaald middel gesteld is, dient het voorschrijven zorgvuldig te gebeuren. Het is belangrijk zich te realiseren dat medicatie een onderdeel is van het totale behandelplan.

- Handel volgens de wettelijke regelingen.
- Kies uit iedere groep geneesmiddelen een beperkt aantal om ervaring op te doen. Wees daarbij terughoudend met nieuw op de markt gebrachte middelen.
- Leg het beleid vast met betrekking tot acute situaties, ontregelingen en exacerbaties.
- Leg basiswaarden zoals gewicht, lengte, bloeddruk, pols en eventueel laboratoriumonderzoek en ECG vast, voordat gestart wordt met de medicatie.
- Om het effect van de medicatie zo objectief mogelijk te meten is het aan te raden om psychometrische schalen te gebruiken (zie bijlage I). Voor korte termijn gebruik is de Goal Attainment Scaling (GAS) (zie: www.netchild.nl/pdf-factsheet-gas.pdf) het meest geschikt. De andere schalen zijn vooral bruikbaar voor metingen met grotere intervallen, bijvoorbeeld drie maanden. Zonodig kan een zelf ontworpen meetinstrument worden gebruikt dat is gericht op individuele doelsymptomen en gedrag. Bij het werken met psychometrische schalen verdient het de voorkeur om samen te werken met een gedragswetenschapper.
- Bij de evaluatie van het effect van de (medicamenteuze) behandeling is het belangrijk om doelen te stellen en deze te toetsen, observatielijsten in te vullen en bijwerkingen te noteren, en hierbij de verantwoordelijkheden te verankeren.
- Spreek een controletermijn af bij de start van de medicamenteuze behandeling. Deze is afhankelijk van het middel en de ernst van de ziekte of symptomen, maar de controle dient regelmatig plaats te vinden. Bij sommige geneesmiddelen liggen de controles vast in protocollen en richtlijnen.
- Aandachtspunten bij iedere controle:
 - Ga na welk effect het medicijn heeft (meetinstrument, klinisch onderzoek, ervaringen van de betrokkenen).
 - Ga na of er bijwerkingen zijn en zo ja welke.
 - Voer relevante somatische controles uit.
 - Ga bij het uitblijven van effect na of:

- de dosering juist is, of het middel lang genoeg gebruikt is en hoe de therapietrouw is. Bepaal zo nodig de plasmaspiegel van het middel als er een effectieve plasmaspiegel bekend is en houdt rekening met metaboliseringseffecten (farmacogenetica). Bij mensen met een verstandelijke beperking zijn overigens geen specifieke plasmaspiegels bekend,
 - er interacties zijn met andere geneesmiddelen,
 - er storende omgevingsfactoren zijn,
 - het meetinstrument op de juiste manier en lang genoeg is gebruikt,
 - de indicatiestelling voor het farmacon juist is,
 - er een ander middel moet worden gekozen, op grond van individuele patiëntenkenmerken, aangrijpingspunt van het geneesmiddel, receptorprofiel en bijwerkingenprofiel,
 - een intercollegiaal consult bij een psychiater of het vragen van een tweede mening aangewezen is.
- Leg het beleid vast in de tijd. Spreek een nieuwe controletermijn af. Bij het uitblijven van effect, ondanks het aanpassen van het medicatiebeleid, wordt er een stopdatum voor het gebruik van het medicijn vastgelegd. Zoek bij een positief effect naar de laagst mogelijke effectieve dosering. Beoordeel bij elke controle of er nog een indicatie bestaat voor medicamenteuze behandeling.

2.2 ADVIEZEN EN LITERATUUR: WAT SCHRIJF IK VOOR?

A. Toelichting en uitgangspunten

Toelichting

In deze richtlijn wordt zo mogelijk aansluiting gezocht bij bestaande richtlijnen. Bij situaties waarin een standaardclassificatiesysteem niet aansluit, volgt een beschrijving van clusters van symptomen en gedragskenmerken. Voor elk cluster wordt een medicatieadvies gegeven.

Het gebruik van psychofarmaca kan geschieden op verschillende indicaties. Bij antipsychoticagebruik wordt onderscheid gemaakt tussen on-label gebruik voor geregistreerde indicaties, quasi-label gebruik voor niet geregistreerde indicaties waarbij in het algemeen een psychotische component of ernstige agitatie voorkomen en off-label gebruik bij psychiatrische symptomen die niet gepaard gaan met een psychotische component of ernstige agitatie.⁵⁹

In het 'Clinical Handbook of Psychotropic drugs' wordt onderscheid gemaakt tussen indicaties gebaseerd op DSM-IV diagnoses en indicaties om andere redenen. Bij mensen met een verstandelijke beperking wordt ongeveer 40% van de prescripties buiten de DSM-IV diagnoses voorgeschreven.⁶⁸ In de praktijk van AVG's in Nederland worden psychofarmaca vaak quasi-label en off-label voorgeschreven.

Uitgangspunten

In het multidisciplinaire team wordt een werkdiagnose opgesteld onder verantwoordelijkheid van de behandelende arts. Als de aandoening volgens DSM-IV-TR of ICD-10 gecategoriseerd kan worden, dienen in principe de geldende standaarden te worden gebruikt^{2, 5, 8,9,11,12} (zie ook 2.2.D).

Voor de psychofarmacotherapie bij niet aangeboren hersenletsel (NAH) verwijzen we naar de CBO-richtlijn 'Richtlijn behandeling van neuropsychiatrische gevolgen van niet-aangeboren hersenletsel' (ook op www.nvavg.nl).

Het heeft de voorkeur uit te gaan van psychiatrische aandoeningen en vooral aandacht te hebben voor atypische symptomen. Psychische stoornissen bij mensen met een verstandelijke handicap zijn niet in alle gevallen in te delen volgens bestaande classificatiesystemen. Om praktische redenen stellen wij het volgende voor:

Voor syndroomgebonden aandoeningen en clusters van symptomen en gedragskenmerken, die niet volgens ICD-10 en DSM-IV-TR gecategoriseerd kunnen worden is een dimensionale benadering, waarbij er gekeken wordt naar de verschillende domeinen van functioneren, meer geschikt.^{37,38} Hierbij dienen onderliggend lijden, co-morbiditeit, individuele en omgevingsfactoren te worden meegewogen. Deze indeling is vooral gebaseerd op ervaringen uit de praktijk van ter zake kundige en ervaren AVG's aangevuld met literatuur.

B. Behandeling volgens clusters van psychiatrische symptomen en gedragskenmerken met een onderliggend neuropsychologisch lijden

a. *Chaotiserend, prikkelbaar en ontremd gedrag als gevolg van tekortschietend integratief vermogen.*

Antipsychotica zijn hierbij vaak effectief. De effectiviteit is aangetoond van haloperidol, pipamperon en risperidon. Dit zijn tevens de middelen waarmee de meeste ervaring is opgedaan.^{19,25,55}

b. *Oppositieel en/of slecht stuurbaar gedrag mogelijk gepaard gaande met stagnatie van de ontwikkeling of achteruitgang in het functioneren op grond van informatieverwerkingsstoornis/problemen met het verwerken van de verschillende prikkelmodaliteiten.*

Probeer hierbij te differentiëren tussen de verschillende neuronale circuits/neurotransmittersystemen.⁴³

- Is vooral de prikkelverwerking gestoord, waardoor er een teveel aan informatie binnenkomt, dan is een weinig sederend antipsychoticum de eerste keus. Hiervoor kan risperidon in lage dosering worden gebruikt.^{19,25}
- Wanneer vooral de aandachtsfunctie het meest gestoord is of de alertheid onvoldoende is, dan is een psychostimulans de eerste keus. In Nederland is methylfenidaat in dergelijke gevallen het meest voorgeschreven middel.^{4,19,25}
- Wanneer de arousal en alertheid onvoldoende is en er daarnaast EEG-afwijkingen (die wijzen op specifieke regulatiestoornissen) zijn, kan er een anti-epilepticum worden voorgeschreven. De psychotrope anti-epileptica waarmee de meeste ervaring is opgedaan bij mensen met een verstandelijke beperking zijn carbamazepine, valproaat en in mindere mate lamotrigine.

c. *Apathie (teruggetrokken gedrag).*

- Als dit het gevolg is van aandacht- en concentratiestoornissen zoals de Attention Deficit Disorder (ADD) of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), dan deze syndromen als zodanig behandelen.
- Is het waarschijnlijker dat het symptoom een gevolg is van een depressieve stemmingsstoornis, dan is een antidepressivum in combinatie met een stimulerende pedagogische aanpak vaak effectief. In dit geval kan zowel een serotonine heropname remmer (SSRI) als een tricyclisch antidepressivum (TCA) met remming van zowel de heropname van noradrenaline als van serotonine worden gebruikt. Bij kinderen heeft een SSRI de voorkeur, in lage dosering en onder zorgvuldige controle in verband met het beschreven risico op suicide.^{4,25}

d. *Stemmingslabiliteit die zich uit in snelle stemmingswisselingen en het heftig uiten van emoties en (auto-)agressie.*

- Bij een keuze voor farmacotherapie, is een stemmingsstabilisator de eerste keus: carbamazepine, valproaat of lamotrigine.
- Zijn er tevens psychotische kenmerken dan is een antipsychoticum het aangewezen middel. Quetiapine en olanzapine zijn antipsychotica die respectievelijk geregistreerd staan als middel bij manie en als stemmingsstabilisator. Bij mensen met een verstandelijke beperking is nog geen onderzoek gedaan naar het effect van deze middelen bij deze indicatie.
- Bij een duidelijk bipolair beeld of frequente manische ontremming is lithium eerste keus, mits de noodzakelijke regelmatige bloedcontroles niet te belastend zijn.^{25,37}

e. *Basale angsten voortkomend uit hechtingsproblematiek en angsten zoals die gezien worden bij een stoornis in het autistische spectrum*

met als gevolg vluchtig, hyperactief, druk en ontremd gedrag met hyperarousal.

- Dit gedrag wordt vooral bij kinderen gezien. In dit geval is clonidine vaak effectief.⁴
- Indien angsten op de voorgrond staan, dan is een antipsychoticum met een serotonerge werking (als pipamperon) een goede tweede keus.
- Ook kan bij deze indicatie een SSRI in een lage dosering worden gebruikt.^{1,4,57}
- Zo nodig kan tijdelijk een anxiolyticum uit de benzodiazepine groep in lage dosering worden voorgeschreven. Wanneer het anxiolyticum langdurig dient te worden gebruikt, dan kan buspiron als monotherapie gegeven worden.

f. *Vegetatieve labiliteit en vluchtig gedrag voortkomen uit angsten.*

- Eerste keuze hierbij is een antidepressivum met vooral een serotonerge werking, zoals clomipramine, een SSRI of venlafaxine.
- Bij co-morbide slaapstoornissen kan voor mirtazapine of trazodon worden gekozen. Zo nodig kan tijdelijk een anxiolyticum worden voorgeschreven.
- Indien bovengenoemde middelen onvoldoende effectief zijn, kan worden overwogen om buspiron of pipamperon voor te schrijven.^{19,25,38}

g. *Seksueel ontremd gedrag, hyperseksualiteit als uiting van een obsessief compulsief beeld.*

Medicatie wordt pas in tweede instantie voorgeschreven als andere behandelmethoden hebben gefaald.

- Als eerste keus worden SSRI's in een zo laag mogelijke dosering voorgeschreven, vanwege de seksuele functiestoornissen die deze veroorzaken (protocol De Waag).
- Als de hyperseksualiteit gepaard gaat met ernstig grensoverschrijdend gedrag is cyproteronacetaat het

aangewezen middel in een dosering van 50 mg. Gebruik bij het voorschrijven hiervan het protocol zoals dat is ontwikkeld door De Waag, forensisch psychiatrische polikliniek te Utrecht.
(info@dewaag-utrecht.nl)

C. Behandeling van psychopathologie bij genetische syndromen

a. *Syndroom van Down (DS)*

Bij kinderen met DS worden ADHD, oppositionele-opstandige gedragsstoornis, conduct disorder en angststoornis genoemd.

Bij duidelijke ADHD kan methylfenidaat gegeven worden. In de overige gevallen en ook bij extreem dwars en agressief gedrag is een antipsychoticum als risperidon of pipamperon een goede keus. Een nadeel is de gewichtstoename, daar overgewicht vaak voorkomt bij DS.

Bij angst en teruggetrokken gedrag, soms gepaard met automutilatie, kan kortdurend een benzodiazepine als oxazepam gegeven worden. Blijft het probleem bestaan, ondanks aanpassingen in de omgang en omgeving, dan kan er een SSRI in lage dosering gegeven worden. Buspiron is een alternatief.

Bij adolescenten en volwassenen met DS komt depressie voor, soms met psychotische kenmerken. Vanaf de leeftijd van 35 jaar kan Alzheimer demantie optreden, die nogal eens gecompliceerd wordt door een depressie.

Als antidepressivum genieten TCA's als clomipramine en amitriptyline met een serotonerge werking de voorkeur.¹⁷ SSRI's veroorzaken soms grote opwindings, ontremming en onrust.

Bij psychotische kenmerken is een combinatie met een antipsychoticum aangewezen.

b. *Fragiele X syndroom*

Als psychopathologische beelden die hierbij geregeld voorkomen worden ADHD, angststoornissen en depressie genoemd.

Psychostimulantia hebben soms een minder goed effect.¹⁷

Voor de behandeling van depressie kan gekozen worden uit SSRI's en TCA's.

Bij zelfverwondend gedrag is buspiron een goede keus.

c. *Prader Willi syndroom (PWS)*

Kenmerkend voor dit syndroom is de onverzadigbare eetlust met als gevolg extreme adipositas, indien de voedselopname niet beperkt wordt. Andere verschijnselen zijn 'skin picking', peuteren aan wondjes en korstjes, waardoor uitgebreide, slecht genezende wonden kunnen ontstaan.

Veel voorkomende gedragsproblemen zijn koppigheid, agressie of een lage frustratietolerantie.

De frequente psychiatrische ziektebeelden en symptomen bij PWS zijn obsessief compulsief gedrag, bipolaire

affectieve stoornis en cycloïde psychose. Psychose is vooral geassocieerd met maternale disomie van chromosoom 15.⁴⁴ Behandeling in eerste instantie met een stemmingsstabilisator zoals natriumvalproaat of lithium. Om adipositas te voorkomen of te behandelen zijn speciale dieetprogramma's ontwikkeld.

d. *Velo-cardio-faciaal syndroom (VCF), 22q11-del syndroom*

Bij dit syndroom wordt een specifiek psychiatrisch fenotype gezien. Bij kinderen en adolescenten komen voornamelijk autisme spectrum stoornissen (tot 50%) en ADHD (35-45%, met name van het inattentieve subtype) voor. Bij volwassenen komen psychosen en schizofrenie in een sterk verhoogde frequentie voor. Hiernaast vallen een verhoogd voorkomen van stemmingsstoornissen en obsessief compulsieve stoornis op. De effecten van medicatie zijn vooralsnog onduidelijk. Op basis van de literatuur zijn er nog geen argumenten voor een eerste keus behandeling met een specifiek middel of een combinatie van middelen.

e. *Lesh Nyhan syndroom*

Dit is een X-gebonden erfelijke stofwisselingsstoornis, waarbij er een overgevoeligheid van het dopamine systeem (D1) wordt verondersteld. Er komt zelfverwondend gedrag in de vorm van bijten op vingers en lippen bij voor.

Er is geen medicatie bekend die dit symptoom voldoende doet verminderen.

f. *Cornelia de Lange syndroom*

Hierbij komen veel gedragsproblemen voor, vooral op jonge leeftijd, zoals autistische trekken, eetproblemen, slaapstoornissen, zelfbeschadigend gedrag, stemmingswisselingen en driftontladingen en later ook stereotype gedrag.

Medicamenteus komen antipsychotica en anxiolytica in aanmerking en antidepressiva als een depressieve stemming het beeld bepaalt.

g. *Rett syndroom*

Deze aandoening gaat gepaard met een progressief verval van hersenfuncties, waarbij problemen in de fysiologische homeostase en de regulatie van het gedrag kunnen ontstaan, zoals zelfverwonding, agressie en stemmingswisselingen. Door een veranderde perceptie van verschillende prikkelmodaliteiten kunnen angsten optreden.

Medicamenteuze behandeling is bij een goede aanpassing van de omgeving meestal niet nodig.

h. *Williams syndroom*

Kenmerkend in het gedrag is de vriendelijkheid en het relatief goed ontwikkelde sociaal empathisch vermogen. Psychiatrische beelden hierbij zijn op de kinderleeftijd ADHD en angsten/fobieën en op volwassen leeftijd obsessief-compulsieve stoornis (OCD) en depressie.

Meestal ontstaan deze stoornissen reactief. Behandeling door aanpassing van de omgeving en zo nodig de voor deze indicaties geldende medicatie.

i. *Smith-Magenis syndroom*

Hierbij komt epilepsie voor en een zwakke agressie- en affectregulatie. Andere kenmerken zijn hyperactiviteit, een zwakke concentratie, koppigheid, zelfverwondend gedrag en 'self-hug' gedrag.

Er zijn slaapproblemen met verminderde of afwezige REM-slaap. Er is een omkering in het 24-uurs uitscheidingspatroon van melatonine. Behandeling met melatonine kan effectief zijn.⁴⁶ Metoprolol wordt in een dosering van 10-25 mg per dag gegeven om de melatonine afgifte overdag te verminderen.

Gedrags- en psychiatrische problemen komen bij dit syndroom veel voor, waarbij medicatie vaak nodig is. Aangeraden wordt om je daarbij op één of twee symptomen, die het meest hinderlijk zijn, te richten om polyfarmacie te voorkomen.

D. Indeling psychofarmaca en toepassingsgebied bij mensen met een verstandelijke beperking

Toelichting

Psychofarmaca kunnen ingedeeld worden volgens verschillende principes. De richtlijn gaat uit van de indeling volgens het Farmacotherapeutisch Kompas. Hierin wordt een indeling op indicatie gemaakt, waarbij er zeven hoofdgroepen worden onderscheiden. Deze richtlijn voegt daar een groep aan toe met middelen die vanwege hun psychotrope werking bij mensen met een verstandelijke beperking worden gebruikt en die niet terug te vinden zijn in een van de zeven hoofdgroepen. Het is belangrijk zich hierbij te realiseren dat er beperkte informatie is over het gebruik van psychofarmaca bij mensen met een verstandelijke beperking.

De leden van de werkgroep hebben uit elke hoofdgroep een aantal farmaca gekozen, die bij mensen met een verstandelijke beperking speciale indicaties kennen of juist beter vermeden kunnen worden. Daarnaast kunnen uiteraard de gebruikelijke voor de aandoening geïndiceerde middelen worden voorgeschreven.

Voor de algemene indicaties, contra-indicaties en bijwerkingen wordt verwezen naar het Farmacotherapeutisch Kompas. Specifieke indicaties, contra-indicaties en bijwerkingen bij mensen met een verstandelijke beperking worden hier genoemd. Let bij het voorschrijven van meerdere medicijnen op interacties, vooral bij de combinatie met anti-epileptica.

De reactie op medicatie is bij mensen met een verstandelijke beperking vaak moeilijk te voorzien. Denk bij moeilijk in te stellen patiënten en bij patiënten die een heel hoge of een heel lage dosering nodig hebben aan de mogelijkheid van afwijkingen in de metaboliseringsenzymen. Bij psychofarmaca is vooral het CYP2D6 enzymcomplex belangrijk, het CYP2C19 kan ook een rol spelen. Bepaalde genetische variaties zijn de oorzaak van snelle of langzame metabolisering;

genotypering is mogelijk bij sommige ziekenhuisapothekers. Dosisaanpassing of omzetten op een ander middel is nodig bij afwijkingen in de metabolisering.

Indeling van de psychofarmaca en toepassingsgebieden

1. Hypnotica- bij slapeloosheid

- promethazine, sederend antihistaminicum.

Indicatie: inslaapstoornissen bij kinderen

Contra-indicatie: overgevoeligheid voor fenothiazinen

Dosering: in tablet of siroopvorm 5-15 mg voor de nacht.

Bijwerkingen: duizeligheid, verwarring, ademdepressie.

- pipamperon, antipsychoticum met een geringe antipsychotische, een duidelijke antiserotoninerge en een matig sederende werking.

Indicatie: slaapstoornissen bij kinderen en volwassenen.

Contra-indicatie: overgevoeligheid voor butyrofenonen, M. Parkinson, extrapiramidale stoornissen, coma, depressie van het CZS en cardiovasculaire insufficiëntie.

Dosering: 20-40 mg voor de nacht.

Bijwerkingen: gewichtstoename.

- melatonine, een niet-geregistreerd middel met een hypnotische en chronobiotische werking.⁵⁰ De eliminatie halfwaardetijd is veertig minuten. Afbraak door cytochroom P450 1A2. Diverse interacties (zowel inductie als inhibitie) zijn mogelijk.

Indicatie: slaapstoornissen, indien er een stoornis in het melatonine circadiane ritme is vastgesteld, dan wel aannemelijk is op basis van de klinische verschijnselen van de slaapstoornis of de etiologie van de verstandelijke beperking.

Voorzorgen: melatonine bij voorkeur pas voorschrijven na bepaling van de melatoninespiegels in speeksel*.

Dosering: Voor kinderen 0,5 tot 3 mg, voor volwassenen 3 tot 5 mg. Bij geen of onvoldoende effect is controle van de melatonine spiegels nodig in verband met individuele verschillen in metabolisering of interacties met co-medicatie, waardoor er te hoge of te lage spiegels kunnen ontstaan.

Bij alleen inslaapstoornissen volstaat 1 tot 2 mg meestal. Spiegelbepalingen zijn dan niet nodig.

Bijwerkingen: bij overdosering wazig zien, duizeligheid, terugkeer van de slaapproblemen of ontregeling slaap-waak ritme

Door het tot nu toe ontbreken van resultaten afkomstig van goed opgezette studies zijn effecten bij lange

* Deze bepaling kan tot nu toe (medio 2007) alleen plaatsvinden in ziekenhuis 'De Gelderse Vallei' in Ede. Voor behandeling van verstoringen in het melatonine ritme wordt aangeraden om contact met een slaapcentrum op te nemen voor advies, daar deze behandeling specifieke kennis en ervaring vraagt (www.slaapstoornissen.nl).

termijn gebruik zoals op de puberteitsontwikkeling nog niet duidelijk.

2. Sedativa

- midazolam, benzodiazepine.
Indicatie: premedicatie bij tandheelkundige of chirurgische ingrepen.
Contra-indicatie: myasthenia gravis, overgevoeligheid voor benzodiazepinen.
Dosering 15-30 mg bij volwassenen, 5-15 mg bij kinderen.
Zie voor meer informatie de Richtlijnen farmacologische sedatie bij mensen met een verstandelijke handicap, NVAVG publicatie 2001.

3. Anxiolytica

Bij mensen met een verstandelijke beperking hebben alle benzodiazepines geregeld een paradoxaal effect (onrust en agitatie).

Lorazepam en oxazepam hebben geen actieve metabolieten en genieten daarom de voorkeur.

In principe worden benzodiazepines maximaal zes weken voorgeschreven vanwege de snelle gewenning. Na langer durend gebruik moet het middel stapsgewijs worden verlaagd, waarbij het advies is de dosering per week of per halve week telkens met 10% te verlagen.

- lorazepam
Indicatie: pathologische angst, ontremming, agitatie.
Contra-indicatie: ernstige respiratoire insufficiëntie
Dosering: Beginnen met 1-2 mg/dag in 2-4 doses van 0,5 mg. Bij een ernstig psychiatrisch toestandsbeeld tot 4 mg /dag.
- oxazepam
Indicatie: zie boven. Oxazepam wordt ook gebruikt als slaapmiddel.
Contra-indicatie: zie boven
Dosering: Als slaapmiddel 10 mg 1 uur voor het slapen.
Bij angst en agitatie tot 3maal daags 10 mg.
Bij volwassenen moet soms (veel) hoger gedoseerd worden.
- buspiron, geen benzodiazepine, maar een partiële 5 HT1a receptor agonist.
Het heeft geen sedatieve bijwerkingen en geeft geen gewenning, waardoor het voor langer durend gebruik geschikt is. Ook heeft het een antidepressief effect. Het is vooral effectief bij hyperarousal zoals dat gezien wordt bij (zelf) destructief gedrag.
Indicatie: angsten, angsten die gepaard gaan met (zelf)destructief gedrag .
Voorzorgen: bij kinderen zijn er onvoldoende studies naar werking en bijwerking gedaan, dus hierbij voorzichtig zijn met voorschrijven.
Dosering: Bij volwassenen 3 maal daags 5 mg tot 3maal daags 10 mg; bij kinderen lager doseren.

4. Antipsychotica

Voorzorgen bij alle middelen:

- Veel mensen met een verstandelijke beperking zijn gevoelig voor extrapiramidale stoornissen.
- Vermijd hoge doseringen zodat het gebruik van anti-parkinsonmiddelen niet nodig is.

De zogenoemde atypische middelen geven nogal eens gewichtstoename en andere metabole effecten zoals hyperlipidemie en diabetes. De kans op deze bijwerkingen neemt af in volgorde bij: clozapine en olanzapine, quetiapine, risperidon, aripiprazol.^{47,58}

Op korte termijn zal er een richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie verschijnen over de somatische complicaties bij antipsychoticagebruik.

Een atypisch antipsychoticum kan de symptomen verminderen bij bizarre fantasieën en belevingen waarbij het contact met de realiteit verloren gaat, soms gepaard met angsten en agressie, zoals dat gezien wordt bij autisme. Bij fenothiazinen is de sterke sedatie soms een nadeel, dit kan gedragsstoornissen uitlokken.

Depotpreparaten zijn bij mensen met een verstandelijke beperking vaak niet nodig.

Bovendien zijn zij minder gewenst vanwege de verlengde kans op bijwerkingen en interacties

- haloperidol
Indicatie: psychosen, schizofrenie, ernstige onrust en opwindings
Contra-indicatie: bestaande of in het verleden opgetreden extrapiramidale stoornissen en parkinsonisme.
Bijwerkingen: sufheid, afvlakking van het affect, extrapiramidale stoornissen.
Dosering: meestal volstaan lage doseringen van 3 maal daags 0,5 -2 mg. Bij acute opwindings, agressie of onrust kan 5 of 10 mg gegeven worden oraal of i.m., zo nodig eenmaal herhalen.
- olanzapine, atypisch antipsychoticum.
Indicatie: psychosen, sterke stemmingswisselingen, explosief gedrag, manie.
Contra-indicatie (relatief): overgewicht.
Dosering: bij psychosen 5-15 mg per dag 1 maal daags.
Bij sterke stemmingswisselingen en manie 10-15 mg per dag, bij verminderen van de symptomen 5-10 mg/dag.
- pimozide
Indicatie: psychosen, obsessief compulsief gedrag, gedragingen zoals die waarneembaar zijn bij autisme (fixaties, dwangmatigheden, starheid) en bij tics.
Contra-indicatie: gelijktijdig gebruik van middelen die het QT- interval verlengen.
Dosering: 1-2 mg/dag soms 4 mg/dag in één dosis.
- pipamperon, butyrofenonderivaat
Een antipsychoticum met ook antiserotonerge werking, dat effectief is gebleken bij mensen met een

verstandelijke beperking.⁶² Het wordt ook gebruikt als doorslaapmiddel en bij verstoring van het slaapwaakritme.

Indicatie: psychosen, ernstige onrust, angst, opwindend, (auto-)agressie, overprikkelijkheid. Contra-indicatie: bestaande of in het verleden opgetreden extrapiramidale stoornissen.

Bijwerkingen: gewichtstoename, sufheid, slaperigheid. Soms verergering van gedragsproblemen en driftuitbarstingen.

Dosering: bij volwassenen 20-160 mg per dag in 2 of 3 doses. Bij kinderen 20 -80 mg per dag in 2 of 3 doses.

- risperidon, atypisch antipsychoticum.

Hiermee is in goed uitgevoerd geneesmiddelenonderzoek de werkzaamheid en de veiligheid ook bij mensen met een verstandelijke beperking bewezen. Er worden minder extrapiramidale stoornissen gemeld dan bij haloperidol.

Indicaties: psychosen, schizofrenie, ernstige opwindend en onrust, agressief gedrag, oppositioneel opstandig gedrag, overprikkelijkheid.

Contra-indicatie (relatief): overgewicht.

Bijwerkingen: gewichtstoename, sufheid, slaperigheid.

Dosering: 2-4 mg per dag in 1 of 2 doses voor volwassenen, soms tot 6 mg.

Bij kinderen kan vaak laag gedoseerd worden: 0,5-2 mg per dag in 1-2 doses.

- clozapine

Bij therapieresistentie kan clozapine gebruikt worden. Een nadeel hierbij is de kans op agranulocytose, waardoor frequente bloedcontroles nodig zijn. Instellen na overleg met een psychiater.

5. Lithium

Dit middel heeft een antidepressieve en antimanische werking. Gezien de geringe therapeutische breedte dient het voorschrijven volgens een vast protocol te geschieden.

Aan instellingen voor Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) zijn vaak lithiumpoliklinieken verbonden, waarmee kan worden samengewerkt. Waar mogelijk kunnen ook mensen met een verstandelijke beperking hiernaar verwezen worden.

Indicatie: bipolaire stoornis, manie, sterke stemmingswisselingen vooral als er sprake is van familiale belasting, ook bij ernstig of diep verstandelijk gehandicapte mensen.

Dosering, bijwerkingen en voorzorgen: zie het lithium protocol van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (ook via www.antenna.nl/lithium).

Opmerking: De anti-epileptica carbamazepine, valproaat en lamotrigine worden gebruikt als stemmingsstabilisator in de gangbare therapeutische doseringen.

6. Antidepressiva

Tricyclische antidepressiva, die naast een serotonerge ook een noradrenerge werking hebben (zoals imipramine en nortriptyline), zijn bij een depressie die vooral gepaard gaat met gebrek aan initiatief en motivatie vaak effectiever dan een SSRI. De anticholinerge bijwerkingen vormen meestal geen bezwaar, wanneer het antidepressivum als monotherapie wordt gebruikt.

Het effect is na 1-2 weken merkbaar. Bij mensen met een verstandelijke beperking soms pas na zes weken.

Let op interacties bij polyfarmacie. Vooral de metabolisering via het P450-iso-enzymen-systeem in de lever kan problemen geven.

Zonodig dienen de bloedspiegels bepaald te worden. Effectieve spiegels zijn bij TCA's bekend.

SSRI zijn soms effectief bij gespannenheid, angsten en vermijding van contact zoals dat voorkomt bij autisme.^{1,57}

Ook kunnen SSRI's gebruikt worden bij sterke fixaties en dwanghandelingen in het kader van een autistische stoornis. De medicatie vermindert de symptomen, zodat de patiënt beter bereikbaar is voor pedagogische maatregelen en cognitieve therapieën. In het begin van de behandeling worden onrust, opwindend en agressie nogal eens als bijwerkingen geconstateerd. Deze zijn meestal van voorbijgaande aard en duren enige weken.

Een nadeel is dat het effect pas na vier tot zes weken goed merkbaar is; bij mensen met een verstandelijke beperking soms pas na zes maanden.¹⁷

Het is aan te raden om ervaring op te doen met twee TCA's en twee SSRI's en deze laag te doseren. De voorkeur gaat uit naar citalopram vanwege het geringe aantal bijwerkingen en interacties.

Mirtazepine en trazodon zijn antidepressiva met sterk sedatieve effecten, die gebruikt kunnen worden wanneer slaapstoornissen sterk op de voorgrond staan. Dosering 1 maal daags 's avonds.

- citalopram, selectieve serotonine heropname remmer (SSRI)

Indicatie: depressie met vooral vitale kenmerken. Angststoornissen. Bij autisme ter vermindering van angsten, van obsessieve gedachten (fixaties) en van compulsieve handelingen (dwangmatige rituelen).

Voorzorgen: bij de indicatie depressie bij kinderen is het effect twijfelachtig en dient men bedacht te zijn op het risico van suïcide.

Dosering: Kinderen 4-10 mg/dag in 1 of 2 doses. Volwassenen tot 20 mg/dag.

Bij de indicatie depressie tot 40 mg/dag in 1 of 2 doses.

Soms zijn hogere doseringen nodig.

De vloeibare toedieningsvorm geeft de mogelijkheid tot titreren van de dosering.

Bijwerking: onrust, ontremming en opwindend, meestal voorbijgaand.

- paroxetine, SSRI
Indicatie: depressie met vitale kenmerken. Angststoornissen. Bij autisme ter vermindering van angsten en teruggetrokken gedrag en vermindering van dwangmatig gedrag en fixaties.
Voorzorgen: bij de indicatie depressie bij kinderen is het effect twijfelachtig en dient men bedacht te zijn op het risico van suïcide.
Dosering: Kinderen 4-6 mg/dag. Volwassenen tot 10 mg/dag.
Bij de indicatie depressie tot 30 mg/dag voor volwassenen.
Soms zijn hogere doseringen nodig.
Bijwerkingen: onrust, ontremming, opwinding m.n. in het begin van de behandeling. Het heeft een sterk anticholinerge werking.
De vloeibare vorm geeft de mogelijkheid tot titreren van de dosering.
- clomipramine, tricyclisch antidepressivum (TCA)
Indicatie: depressie met vitale kenmerken, paniekstoornis, obsessieve compulsary disorder (OCD).
Contra-indicatie: recent myocardinfarct, terughoudendheid bij gebruik van andere middelen die de prikkelgeleiding van het hart verstoren, terughoudendheid bij epilepsie. Terughoudend bij kinderen.
Clomipramine heeft naast noradrenerge ook duidelijk serotonerge effecten.
Dosering: meestal volstaan lage doseringen tot 75 mg/dag in 2 of 3 doses. Dosering langzaam opbouwen in verband met de bijwerkingen.
Bijwerkingen: vooral anticholinerge effecten, soms onrust met slaapstoornissen. Sedatie.
- nortriptyline, TCA met vooral noradrenerge effecten
Indicatie: depressie met vooral vitale kenmerken, initiatieverlies en gebrek aan motivatie.
Contra-indicatie: terughoudendheid bij epilepsie, recent myocardinfarct.
Dosering: Geadviseerd wordt om bij mensen met een verstandelijke beperking een lage dosering aan te houden, 3 maal daags 10-25 mg.

7. Psychostimulantia

- methylfenidaat
Indicatie: ADHD. Een geblindeerde proefbehandeling heeft de voorkeur.
Methylfenidaat heeft soms ook een gunstig effect bij verminderde vigilantie als gevolg van een dieper gelegen regulatiestoornis (hersenslam).
Voorzorgen: kan bestaande tics en depressieve verschijnselen verergeren of uitlokken.
Bij kinderen lengte en gewicht controleren in verband met de mogelijkheid van groeiremming.
Bijwerkingen: hoofdpijn, verlies van eetlust, slapeloosheid, inslaapstoornissen.

Dosering: 0,25 mg/kg/dag tot 0,6 mg/kg/dag in 3-4 doses. Bij kinderen de laatste dosis niet na 16.00 uur geven. De werking is 3-4 uur.

- methylfenidaat met verlengde afgifte (Concerta®), de werking is 12 uur.
Indicatie: zie boven, maar vooral als er vaak een zogenoemd on/off effect is, waarbij het oorspronkelijke gedrag abrupt terugkeert als de medicatie uitgewerkt is.
Dosering: een tablet van 18 mg komt overeen met een dagdosering van 3dd 5 mg methylfenidaat.

8. Restgroep

- atomoxetine, specifieke remmer van de noradrenerge heropname.
Een nieuw middel dat nog niet door alle zorgverzekeraars vergoed wordt. Er is een aantal studies gedaan naar het gebruik hiervan bij ADHD voornamelijk van het gemengde type.^{45,48}
Indicatie: ADHD
Dosering: starten met 0,5 mg/kg/dag, na 1 week opbouwen tot 1,2 mg/kg/dag 1 maal daags toedienen.
- clonidine, centraal werkend antihypertensivum met een alfa2-adrenerge werking.
Indicatie: als (adjuvans) anxiolyticum ter vermindering van sympathische overactiviteit.
Bij ADHD-kenmerken, zoals concentratiezwakte en hyperactiviteit gepaard gaande met vluchtig gedrag bij kinderen. Tics bij kinderen.
Dosering: 4 microgram/ kg/dag in drie doses.
Voorzorgen: dosering langzaam opbouwen onder controle van de bloeddruk.
Bijwerkingen: (orthostatische) hypotensie, sufheid en slaperigheid vooral in het begin van de behandeling.
- propranolol, bètablokker.
Indicatie: (adjuvans) anxiolyticum ter vermindering van sympathische overactiviteit, bij agressieve impulsdoorbraken.
Contra-indicatie: obstructieve longziekten, astma.
Dosering: 10-80 mg in 3 doses.
Ook andere bètablokkers kunnen voor deze indicatie gebruikt worden.

E. Aanbevolen literatuur

Toelichting

In dit literatuuroverzicht is gekozen voor een groot aantal bronnen die een grote diversiteit aan informatie bieden. Zo worden handboeken vermeld met veel aandacht voor theoretische kennis, maar ook handboeken met praktische richtlijnen. Verder zijn een aantal 'state of the art' artikelen in de lijst opgenomen.

Met hulp van deze kennis en informatie kan de AVG zich een beeld vormen van theorie en praktijk bij het voorschrijven van psychofarmaca aan mensen met een verstandelijke beperking, om zo tot een verantwoorde medicatiekeuze te komen.

Richtlijnen en praktische overzichten

1. Ketelaars CEJ. Psychofarmaca bij autisme. Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme 2002; 1: 26-31.
2. Knuistingh Neven A, Lucassen PLBJ, et al. NHG-standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen. Huisarts en Wetenschap 2005; 48: 402-15.
3. Lennox N. (red) Management Guidelines Developmental Disability. 2nd ed. Victoria Australia: Guidelines Limited, 2005.
4. Minderaa RB, Ketelaars CEJ. Psychofarmaca bij kinderen. Assen: van Gorcum, 1998.
5. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Richtlijn antipsychoticagebruik bij schizofrene psychose. Amsterdam: Boom, 1999.
6. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Richtlijn farmacotherapie angststoornissen. Amsterdam: Boom, 1999.
7. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Richtlijn farmacotherapie bipolaire stoornissen. Amsterdam: Boom, 1999.
8. Terluin B, van Heest FB, et al. NHG-standaard Angststoornissen. Huisarts en Wetenschap 2004; 47: 26-37.
9. Van Marwijk HWJ., Grundmeijer HGLM, et al. NHG-standaard Depressieve stoornis (eerste herziening). Huisarts en Wetenschap 2003; 46: 614-23.
10. Van Praag H. Psychofarmaca, een leidraad voor de medicus practicus. Assen: van Gorcum, 2000.
11. Van der Weele GM, van Dijk A, et al. NHG-standaard Delier bij ouderen. Huisarts en Wetenschap 2003; 46: 141-6.
12. Wind AW, Gussekloo J, et al. NHG-standaard Dementie. (tweede herziening). Huisarts en Wetenschap 2003; 46: 754-67.

Handboeken en overzichtsartikelen

13. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR. Grand Haven, MI: Harcourt Book Publishers, 2005.
14. Beekman ATF, de Beurs E. Meetinstrumenten bij aanmelding in de psychiatrie. Tijdschrift voor psychiatrie 2004; 46(10): 653-8.
15. Dingemans PMAJ, Sno HN. Meetinstrumenten bij persoonlijkheidsstoornissen. Tijdschrift voor psychiatrie 2004; 46(10): 705-9.
16. Dom G, Raes V, et al. Meetinstrumenten bij stoornissen in het gebruik van middelen. Tijdschrift voor psychiatrie 2004; 46(10): 671-4.

17. Došen A. Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap. Assen: van Gorcum. 2005.
(Handboek dat theorie en praktijk verbindt vanuit een multidisciplinaire invalshoek)
18. Ferdinand RF, van Lier MHM, et al. Meetinstrumenten bij psychiatrische stoornissen bij kinderen en jeugdigen. Tijdschrift voor psychiatrie 2004; 46(10): 659-64.
19. Gualtieri TC. Brain Injury and Mental Retardation: Psychopharmacology and Neuropsychiatry. London: Lippincott Williams & Wilkins, 2002.
(Standaardwerk dat relatie legt tussen mentale retardatie, psychofarmacologie en psychiatrie)
20. Havenaar JM, van Os J, Wiersma D. Algemene meetinstrumenten in de psychiatrische praktijk. Tijdschrift voor psychiatrie 2004; 46(10): 647-51.
21. Hengeveld MW, van der Mast RC, et al. Meetinstrument in de opleiding tot psychiater. Tijdschrift voor psychiatrie 2004; 46(10): 717-20.
22. Knegtering H, Bruggeman R. Meetinstrument bij psychotische stoornissen. Tijdschrift voor psychiatrie 2004; 46(10): 675-9.
23. Kraijer D, Plas J. Handboek psychodiagnostiek en beperkte begaafdheid. Grand Haven, MI: Harcourt Bookpublishers, 2006.
24. Kok RM, Verhey FRJ, et al. Meetinstrumenten bij cognitieve stoornissen. Tijdschrift voor psychiatrie 2004; 46(10): 665-9.
25. Moleman P. Praktische Psychofarmacologie. Houten: Bohn, Stafleu van Loghum, 2005.
(Goed bruikbaar als naslagwerk om per groep psychofarmaca de farmacologische werkingsmechanismen te begrijpen en zo gericht rekening te kunnen houden met bijwerkingen en interacties)
26. Nolen WA. Meten is weten, ook in de psychiatrie. Aanbevelingen voor het gebruik van meetinstrumenten in de dagelijkse praktijk. Tijdschrift voor psychiatrie 2004; 46(10): 643-6.
27. Nolen WA, Dingemans PMAJ. Meetinstrument bij stemmingsstoornissen. Tijdschrift voor psychiatrie 2004; 46(10): 681-6.
28. Bailey NM, Andrews TM. DC-LD. Diagnostic criteria for use with adults with learning disability/mental retardation. Journal of Intellectual Disability Research 2003; 47(1): 50-61.
29. Sno HN. Meetinstrumenten bij dissociatieve stoornissen. Tijdschrift voor psychiatrie 2004; 46(10): 697-700.
30. Van Balkom AJLM., de Beurs E, et al. Meetinstrumenten bij angststoornissen. Tijdschrift voor psychiatrie 2004; 46(10): 687-92.
31. Vandereycken W, Claes L, et al. Meetinstrumenten bij eetstoornissen. Tijdschrift voor psychiatrie 2004; 46(10): 701-4.
32. Van Gennep A, vertaler/bewerker. Richtlijnen voor de praktijk van onderzoek en diagnostiek van problemen met de geestelijke gezondheid bij volwas-

- senen met een verstandelijke beperking. Utrecht: Landelijk Kennis Netwerk Gehandicaptenzorg, 2002.
33. Van Harten PN. Meetinstrumenten bij motorische bijwerkingen. Tijdschrift voor psychiatrie 2004;46(10):711-5.
 34. Van Hemert AM, de Waal MWM, et al. Meetinstrumenten bij somatoforme stoornissen. Tijdschrift voor psychiatrie 2004;46(10):693-6.
 35. Van Loenen AC. (hoofdred.) Farmacotherapeutisch Kompas 2006. Amstelveen: Commissie Farmaceutische Hulp van het College Voor Zorgverzekeringen, 2006. www.fk.cvz.nl
 36. Van Loon YEJ. Van psychofarmacagebruik naar psychofarmacabeleid. Richtlijnen voor een rationele aanpak in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap. Rotterdam: Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten. www.nvavg.nl
 37. Verhoeven WMA, Dimensionele diagnostiek en functionele farmacotherapie van stemmingsstoornissen bij mensen met een verstandelijke beperking, TVAZ 1999;1:13-8.
 38. Verhoeven WMA, Tuinier S. Farmacotherapie bij mensen met een verstandelijke beperking met gedragsstoornissen en/of psychiatrische aandoeningen, een dimensionele benadering. Tijdschrift voor Psychiatrie 1999;4:219-31. (*'State of the art' artikel*)
 39. Verhoeven WMA, Tuinier S, et al. Neuropsychiatrische diagnostiek bij mensen met een verstandelijke beperking. Tijdschrift voor Psychiatrie 1999;3:151-63. (*'State of the art' artikel*)
 40. Verhoeven WMA, Sijben AES, et al. Psychiatric consultation in Intellectual disability; Dimensions, Domains and Vulnerability. Eur J Psychiatry 2004;18(1):31- 43.
 41. World Health Organization, Hengeveld MW. De ICD-10 classificatie van psychische stoornissen en gedragsstoornissen. Amsterdam: Harcourt Assessment, 2000.

Achtergrondliteratuur

42. Stahl SM. Essential Psychofarmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications. Cambridge: Cambridge University Press, 2000. (*Goede aanvulling op Van Loonen³. Het boek is zeer verhelderend, onder meer door de vele duidelijke illustraties*)
43. Van Loonen AJM. Het Beweeglijke Brein. Badhoevedorp: Mension Medical Refresher, 2004. (*Geeft inzicht in het werkingsmechanisme van het neurologische systeem: het behandelt de anatomische en fysiologische opbouw, maar ook de vele feedbackmechanismen. Door het begrijpen van het brein zal men beter inzien hoe moeilijk de effecten van psychofarmaca zijn te voorspellen*)

2.3 AANVULLENDE LITERATUURVERWIJZINGEN

44. Boer H, Holland A. Psychotic illness in people with Prader Willi syndrome due to chromosome 15 maternal uniparental disomie. *The lancet* 2002; 357(12).
45. Bijl D. Atomoxetine (Strattera®), behandeling ADHD. *Geneesmiddelenbulletin* 2006; 40: 104-5.
46. Braam WJ. Slaapproblemen bij mensen met een verstandelijke beperking. *TAVG* 2005; 2: 20-8.
47. Bruggen van JM, Linszen DH. Gewichtstoename en antipsychotica. *Tijdschrift voor psychiatrie* 2001; 43: 2.
48. Crommen S, Danckaerts M. Behandeling met atomoxetine van Belgische kinderen met een aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit. *Tijdschrift voor psychiatrie* 2005; 4: 209-18.
49. Deb S. *The Psychiatry of Intellectual Disability*, chapter 12. The use of psychotropic drugs in people with intellectual disabilities. Oxford: Radcliffe Publishing, 2006.
50. Debruyne C. Melatonine, Neurobiologische achtergronden en neuropsychiatrische toepassing bij kinderen. *Tijdschrift voor psychiatrie* 2006; 48(2): 107-17.
51. Došen A. *Psychische en gedragsstoornissen bij zwakzinnigen*. Amsterdam: Boom, 1990.
52. Gladston S, Clarke DJ. Clozapine treatment of psychosis associated with velo-cardio-facial syndrome: benefits and risks. *Journal of Intellectual Disability Research* 2005; 49: 567-70.
53. Goedhard LE, Stolker JJ, et al. Pharmacotherapy for the treatment of aggressive behavior in general adult psychiatry: A systematic review. *Journal of Clinical Psychiatry* 2006; 67(7): 1013-24.
54. Handen BL, Gilchrist R. Practioner Review: Psychopharmacology in children and adolescents with mental retardation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2006; 47(9): 871-82.
55. Hellings JA, Zarccone JR, et al. A crossover study of risperidone in children, adolescents and adults with mental retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2006; 36(3): 401-11.
56. Kraijer, DW. *Handboek autismespectrumstoornissen en verstandelijke beperking*. Amsterdam: Harcourt Book Publishers, 2004.
57. Palermo MT, Curatolo P. Pharmacological treatment of autism, *Journal of child neurology* 2004; 19.
58. Pasier JLM, Ruigewaard NAM, Roy A. Risperidon en gestoorde glucosetolerantie. *Tijdschrift voor psychiatrie* 2003; 45: 4.
59. Rijken C. *Pharmacy Data as a tool for assessing Antipsychotic Drug Use*, proefschrift. Maastricht: University Press Maastricht, 2003.
60. Roy M, et al. *The Psychiatry of Intellectual Disability*. Oxford: Radcliffe Publishing, 2006.
61. Stolker JJ. *Struggles in prescribing: determinants of psychotropic drug use in multiple clinical settings*. Utrecht: Thesis, 2002.
62. Van Hemert JC. Pipamperone (Dipiperon, R3345) in troublesome mental retardates: a double-blind placebo controlled cross-over study with long term follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1975; 52(4): 237-45.
63. Van Loon Y, Koopal C, et al. Psychofarmacabeleid binnen de zorg voor verstandelijk gehandicapten. *Medisch Contact* 1997; 26: 835-7.
64. Van Schrojenstein Lantman-de Valk HMJ., Kessels AGH, et al. Medicijngebruik door mensen met een verstandelijke beperking in instituten en gezinsvervangende tehuizen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1995; 133: 1083-8.
65. Verhoeven, WMA, Gunning, WB, et al. Psychosen en epilepsie. *Tijdschrift voor psychiatrie* 2006; 48: 10.
66. Verhoeven, WMA, Tuinier S. Prader-Willi syndrome: the psychopathological phenotype in uniparental disomy, *J. Med Genet* 2003; 40: 112.
67. Vogels A, Verhoeven WMA, et al. The psychopathological phenotype of velo-cardio-facial syndrome, *Annales de Genetique* 2002; 45: 89-95.
68. Young AT, Hawkins J. Psychotropic medication Prescriptions: An analysis of the reasons people with mental redardation are prescribed psychotropic medication. *Journal of Developmental and Physical Disabilities* 2002; 14(2).

Samenstelling werkgroep:

Mw. Gerda de Kuijper, AVG, voorzitter

Yvo van Loon, AVG

Hans Steegemans, AVG

Vanuit Stuurgroep Richtlijn Ontwikkeling NVAVG

Frans Ewals, AVG

De literatuurlijst is verzorgd door Sonja van Hattem.

Externe referenten:

Dr. Anton Loonen, farmacoloog

Prof. Dr. Willem MA Verhoeven, psychiater (sectie zwakzinnigenzorg NVVP)

Prof. Dr. Anton Došen, psychiater (sectie zwakzinnigenzorg NVVP)

Dr. Joost Jan Stolker, psychiater (sectie zwakzinnigenzorg NVVP)

Koos de Geest, AVG

Jacques van der Kleij, AVG

Dr. Dirk Kraijer, psycholoog (†)

Mw. Drs. Mieke van Leeuwen, VG Belang

Verdere respondenten:

Wiebe Braam, AVG

Erik Boot, AVG

Mw. Monique Veendrick-Meekes, AVG

Anne Idzinga, AVG

Mw. Henny Lantman - de Valk, AVG

Joop van den Berg, AVG

En een gemeenschappelijke reactie van:

Mw. Madelon Toepoel, aios-avg

Mw. Gabrielle van de Graaf, aios-avg

Mw. Miriam van Kalmthout, aios-avg

Mw. Elize Middelhoven, aios-avg

Mw. Karine Miedema, aios-avg

Mw. Eline Tiems, aios-avg

Mw. Margreet Walinga, aios-avg

Bijlage:

Evaluatie toepassing gedragsmedicatie: een overzicht van gevalideerde meetinstrumenten

opzet: Dr. Dirk Kraijer

Gebied + naam meetinstrument	Jaar publicatie	Eerste doelgroep Z = VG populatie N = gemiddeld normale populatie	Leeftijdsbereik	Niveaubereik			
				Diep	Ernstig	Matig	Licht
<u>Stemmingsstoornissen</u> ADAMS: Anxiety, Depression and Mood Scale SDZ: Signaalijst Depressie voor Zwakzinnigen	2003 1989	Z Z	Volwassenen 16 jaar en ouder	+ -	+ +	+ +	+ -
<u>AD/HD</u> AVL: ADHD-vragenlijst	1998	N	4 t/m 17 jaar	-	-	-	+
<u>Sociaal gedrag</u> VISK: Vragenlijst Inventarisatie Sociaal Gedrag bij Kinderen	2002	N + Z	4 t/m 18 jaar	-	-	+	+
<u>Algemeen probleemgedrag</u> SGZ: Storend Gedragschaal-Z VOG: Vragenlijst over Ontwikkeling en Gedrag ABC: Aberrant Behaviour Checklist	1977/94 1991/2001 1985	Z Z Z	3 jaar en ouder 6 t/m 18 jaar 5 jaar en ouder	+ - (+)	+ + +	+ + +	- + -
<u>'Multiple symptom disorders'</u> DASH-II: Diagnostic Assessment For the Severely Handicapped CBCL: Child Behaviour Checklist SEV: Sociaal-Emotionele Vragenlijst	1991/96 2005	Z N + Z N	16 jaar en ouder 4 t/m 18 jaar 4 t/m 18 jaar	+ - -	+ - -	- (+) -	- + +
<u>Individueel en geheel op maat</u> GAS: Goal Attainment Scale(s) Kiresuk, Van Peet (1989)	1997/94	N + Z	Alle leeftijden	+	+	+	+

Zie Kraijer en Plas²³ voor meer informatie en literatuur.

