

# Diagnostiek van psychiatrische stoornissen bij mensen met een (zeer) lichte verstandelijke beperking

J. WIELAND, S. KAPITEIN, M. OTTER, R.W.J. BAAS

**ACHTERGROND** De kans als psychiater in aanraking te komen met patiënten met zwakbegaafdheid of een lichte verstandelijke beperking ( $50 > IQ < 85$ ) is bijzonder groot. Doorsturen naar gespecialiseerde zorg is niet altijd mogelijk, maar ook niet altijd nodig. Echter, diagnostiek van psychiatrische stoornissen kent bij deze patiënten wel uitdagingen.

**DOEL** Vergroten van kennis over het diagnosticeren van psychiatrische stoornissen bij mensen met zwakbegaafdheid of een lichte verstandelijke beperking.

**METHODE** Beschrijven van de aandachtspunten in de diagnostiek en differentiaaldiagnostiek van psychiatrische stoornissen bij mensen met zwakbegaafdheid of een lichte verstandelijke beperking.

**RESULTATEN** In de differentiaaldiagnostiek van psychiatrische klachten en gedragsproblemen bij mensen met zwakbegaafdheid of een lichte verstandelijke beperking moet de psychiater rekening houden met het cognitieve en het sociaal-emotionele niveau, rekening houden met eventuele bijkomende of onderliggende somatische aandoeningen, zoeken naar de oorzaak van de verstandelijke beperking en aandacht hebben voor context, systeem en ketenzorg.

**CONCLUSIE** Voor het onderkennen en begrijpen van psychiatrische klachten bij mensen met een verstandelijke beperking is een breed blikveld nodig, maar het is wel degelijk mogelijk om psychiatrische stoornissen bij deze groep mensen te diagnosticeren.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)7, 463-470

**TREFWOORDEN** diagnostiek, lichte verstandelijke beperking, psychiatrie, zwakbegaafdheid



Of u nu ziekenhuispsychiater bent, in de ggz werkt of in een eigen praktijk, of u nu veel of weinig ervaring heeft en of u nu wilt of niet, u komt hem of haar tegen: de zwakbegaafde of licht verstandelijk beperkte patiënt. Een verstandelijke beperking (vb) kenmerkt zich volgens de *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-IV-TR) door een niveau van intellectueel functioneren dat duidelijk onder het gemiddelde ligt met gelijktijdige tekorten in of beperkingen van het aanpassingsgedrag op ten minste twee van de volgende terreinen: communicatie, zelfverzorging, zelfstandig kunnen wonen, sociale en relationele vaardigheden, gebruikmaken van gemeenschapsvoorzieningen, zelfstandig beslissingen nemen, functionele intellectuele

vaardigheden, werk, ontspanning, gezondheid en veiligheid (APA 2000).

In de DSM-5 bevatten de diagnostische criteria geen intelligentiequotiënt (IQ)-scores meer (APA 2013). Het doel hiervan is de nadruk niet meer in de eerste plaats te leggen op het IQ, maar meer op de impact van de vb op het aanpassingsgedrag. De mate van de vb wordt dan met name gebaseerd op de mate van adaptief functioneren; een klinische inschatting. IQ-scores worden overigens in de tekstuele beschrijving nog steeds gebruikt en gestandaardiseerde IQ-scores zijn nog steeds noodzakelijk (APA 2013). De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) schat dat 1 tot 3% van de bevolking een vb ( $IQ < 70$ ) heeft. Het grootste deel

heeft een lichte verstandelijke beperking (LVB;  $50 > IQ < 70$ ). Een veel grotere groep, wanneer we uitgaan van de normale verdeling van het IQ zo'n 10-13%, is zwakbegaafd. In de DSM-IV-TR is zwakbegaafdheid een V-code, die gebruikt wordt als de reden van zorg samengaat met een IQ tussen 70 en 85. Deze mensen functioneren als groep in het midden tussen normaal begaafden en verstandelijk beperkten. In Nederland worden deze mensen in wisselende mate ook tot de groep mensen met een VB gerekend. Zoals voor mensen met LVB wel eens – foutief – de term 'zeer zwak begaafd' wordt gebruikt, zo wordt voor de groep zwakbegaafden ook wel de term 'zeer licht verstandelijk beperkt' gebruikt.

Wij gebruiken in dit artikel pragmatisch de term '(zeer) licht verstandelijk beperkt' ((z)LVB) om de groep mensen te beschrijven met een IQ tussen 50 en 85. Deze groep omvat 10-15% van de Nederlandse bevolking en bestaat uit de mensen met óf zwakbegaafdheid ( $70 < IQ > 85$ ) óf LVB ( $50 < IQ > 70$ ). We bespreken hen als één groep omdat dit mensen zijn die u als psychiater in de reguliere ggz zult tegenkomen. Het grootste deel van deze groep woont en werkt in de maatschappij en ze zijn voor het grootste deel afhankelijk van reguliere voorzieningen. Vooral voor de zwakbegaafde mensen geldt daarbij dat hun beperking vaak over het hoofd wordt gezien.

Alle psychiatrische stoornissen komen óók voor bij mensen met een IQ tussen 50 en 85 en sommige psychiatrische stoornissen komen vermoedelijk zelfs vaker voor bij mensen met een (z)LVB (Cooper e.a. 2007; Hassiotis e.a. 2008). Dit geldt bijvoorbeeld voor psychotische stoornissen (Hassiotis e.a. 1999; Zammit e.a. 2004), maar ook voor posttraumatische stressstoornissen (Wieland e.a. 2014). Mogelijk komen ook depressieve stoornissen vaak voor (Hurley e.a. 2003), al zijn er aanwijzingen dat juist depressieve stoornissen in de klinische praktijk veel gemist worden (Mileviciute e.a. 2013).

In Nederland komen de meeste mensen met (z)LVB én psychiatrische problematiek terecht in de reguliere ggz. Doorsturen naar gespecialiseerde zorg is niet altijd mogelijk, maar ook niet altijd nodig. De diagnostiek van psychiatrische stoornissen bij deze patiënten vraagt wel speciale aandacht. Discrepancies tussen kalenderleeftijd, cognitief functioneren, aanpassingsgedrag en sociaal-emotionele ontwikkeling maken de problematiek per definitie complex (Neijmeijer e.a. 2010).

In dit artikel beschrijven wij, vanuit praktische kennis en ervaring en met behulp van (recente) literatuur, deze aandachtspunten en geven wij adviezen voor de diagnostiek van psychiatrische stoornissen bij mensen met (z)LVB: zwakbegaafdheid of een lichte verstandelijke beperking.

## AUTEURS

**JANNELIEN WIELAND**, Rivierduinen, Kristal, Centrum Psychiatrie en Verstandelijke Beperking, Leiden.

**SARA KAPITEIN**, Rivierduinen, Kristal, Centrum Psychiatrie en Verstandelijke Beperking, Leiden.

**MAARTEN OTTER**, Trajectum, gehandicaptenzorg, Utrecht.

**RONALD.W.J. BAAS**, Ipse de Bruggen, Zwammerdam.

## CORRESPONDENTIEADRES

J. Wieland, Kristal, Centrum Psychiatrie en Verstandelijke Beperking, Postbus 582, 2300 AN Leiden.

E-mail: j.wieland@centrumkristal.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 11-11-2013.

## Aandachtspunten in psychiatrische diagnostiek bij mensen met een verstandelijke beperking

### DE HULPVRAGER

Psychiatrische diagnostiek start over het algemeen met een hulpvraag. Een belangrijk verschil met de reguliere psychiatrische patiënt is dat de psychiatrische patiënt met (z)LVB in veel gevallen niet zelf de hulpvrager is. Hulpvrager is vaak een 'belangrijke ander', zoals een familielid of (professionele) begeleider. Deze 'belangrijke ander' heeft vaak essentiële informatie voor het begrijpen van de klachten van uw patiënt met (z)LVB en speelt dus een belangrijke rol als informatiebron. Voor een goede hulpvraag moeten 'belangrijke anderen' wel in staat zijn om psychiatrische symptomen adequaat te herkennen en hun significantie te begrijpen. De meeste 'belangrijke anderen' hebben echter weinig psychiatrische kennis en hebben mogelijk zelf een VB, bijvoorbeeld ouders van kinderen met (z)LVB. Het systeem is vaak ook meer gefocust op externaliserende symptomen en gedrag (Moss e.a. 1996). Dit kan ertoe leiden dat meer geïnternaliseerde symptomen van bijvoorbeeld angst en depressie niet opgemerkt worden. Externaliserende symptomen kunnen vervolgens verkeerd gelabeld worden, zodat er bijvoorbeeld gedacht wordt aan ADHD in plaats van aan een posttraumatische stressstoornis (PTSS).

### DE PATIËNT

Patiënten met (z)LVB zijn zelf lang niet altijd op de hoogte van de precieze reden van verwijzing naar de ggz. En als ze al weten dat er naast de psychiatrische problematiek ook sprake is van een (z)LVB zullen ze dat zeker niet altijd vertellen. De meeste mensen met (z)LVB zullen het ook niet

aangeven als ze dingen niet begrijpen. Ze praten mee, gebruiken hetzelfde jargon, maar dat wil niet zeggen dat er ook daadwerkelijk sprake is van begrip.

Patiënten met (z)LVB kunnen over het algemeen redelijk goed verwoorden waar ze last van hebben en zelf vertellen over hun eigen gedrag en gevoelens (o.a. Bramston & Fogarty 2000). Toch zal lang niet altijd direct duidelijk worden wat er precies aan de hand is. Dit kan komen omdat mensen niet altijd uit zichzelf zullen vertellen waar ze allemaal last van hebben, bijvoorbeeld omdat ze zich schamen of simpelweg omdat ze zich niet realiseren dat het gaat om relevante klachten. Zo kan het voorkomen dat iemand belangrijke lichamelijke klachten of aandoeningen (zoals epilepsie) niet spontaan vermeldt of dat iemand niet vertelt over zijn dwangklachten, omdat hij niet beseft dat niet iedereen hier last van heeft.

Iemand met LVB heeft een cognitief ontwikkelingsniveau van 6 tot 11 jaar. Zwakbegaafdheid komt over het algemeen overeen met een ontwikkelingsleeftijd van zo'n 12 jaar of iets ouder. Klachtenpresentaties zullen passend zijn bij dit cognitieve ontwikkelingsniveau. Maar de klachtenpresentatie wordt niet alleen bepaald door het cognitieve ontwikkelingsniveau. Ook het sociaal-emotionele ontwikkelingsniveau van uw patiënt speelt een belangrijke rol.

Voor mensen met een IQ tussen 50 en 85 geldt over het algemeen dat zij zich qua emotionele ontwikkeling bevinden in het laatste deel van de identificatiefase of in de realiteitsfase; de fase van de gewetensontwikkeling (Došen 2005). Binnen het stadium van de identificatiefase is de aanwezigheid van een identificatiefiguur nog heel belangrijk en is onderscheid maken tussen werkelijkheid en fantasie nog moeilijk. In de realiteitsfase is de ontwikkeling van eigen verantwoordelijkheid en van het geweten nog volop in gang. Vaste regels in sociaal gedrag en de erkenning van eigen prestaties zijn daarbij basale behoeftes (Vonk & Hosmar 2009). Bij het beoordelen van psychiatrische klachten moet u rekening houden met zowel het cognitieve als het sociale en emotionele niveau. Belangrijk om te weten is dat cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling niet altijd overeenkomen.

#### DSM-IV-TR EN DSM-5

Voor het classificeren van een psychiatrische stoornis moet er voldaan worden aan een bepaald aantal specifieke diagnostische criteria (APA 2000). Dit maakt de DSM niet altijd even goed bruikbaar bij mensen met (z)LVB, omdat bepaalde voorwaardelijke symptomen niet altijd aanwezig zijn of op een andere wijze gepresenteerd worden (Fletcher e.a. 2007). Zo is één van de vereisten voor het classificeren van een obsessieve-compulsieve stoornis het besef van de patiënt dat een bepaalde dwanghandeling overdreven is. Patiënten met een (Z)LVB voldoen door gebrek aan zelf-

kennis en inzicht lang niet altijd aan dit criterium. Een ander voorbeeld is dat nachtmerries bij een PRSS lang niet altijd een herkenbare inhoud hebben en dat vermijding door begeleiders soms wordt omschreven als onvoldoende therapietrouw of ongehoorzaamheid.

Een belangrijk hulpmiddel is de *Diagnostic manual for intellectual disability* (DM-ID; Fletcher e.a. 2007). De DM-ID biedt hulp bij het stellen van DSM-IV-TR-diagnoses bij mensen met (verschillende mate van) VB door het geven van adviezen voor diagnostiek en door het bieden van aanpassingen op de bestaande criteria. Voor de groep met (z)LVB geldt dat de aanpassingen vaak niet groot zijn, maar de adviezen wel belangrijk.

#### DIFFERENTIAALDIAGNOSE

Differentiaaldiagnostisch moet er bij de patiënt met (z)LVB vastgesteld worden in hoeverre de klachten het gevolg zijn van een psychiatrische stoornis, het gevolg zijn van de VB of nog een andere oorzaak hebben. In veel gevallen gaat het hierbij om de differentiaaldiagnose van één of andere vorm van probleemgedrag. De term 'gedragsproblemen' wordt bij mensen met een VB gebruikt om een grote diversiteit aan problematisch of storend gedrag te beschrijven. Emerson (1995) definieerde de term 'gedragsproblemen' als *'cultureel abnormaal gedrag van zo'n intensiteit, frequentie en duur dat de fysieke veiligheid van de betreffende persoon of anderen in serieus gevaar komt, of gedrag dat ertoe leidt dat mensen minder of geen gebruik meer kunnen maken van algemene gemeenschapsvoorzieningen'*. Of gedrag 'problematisch' is, hangt dus af van de sociale impact. Het is een complexe interactie tussen wat iemand doet, de context waarin iemand bepaald gedrag vertoont en hoe dit gedrag door anderen wordt geïnterpreteerd (oftewel betekenisverlening) (Emerson 1995).

De prevalentie van 'gedragsproblemen' bij mensen met (z)LVB is niet bekend. Afhankelijk van gebruikte definities, gebruikte diagnostische instrumenten en de onderzoekspopulatie variëren prevalenties over het algemeen tussen 10 en 60% (o.a. Crocker e.a. 2006). 'Gedragsproblemen' is geen formele DSM-diagnose, maar wordt toch vaak gebruikt als probleemdefiniëring bij verwijzing naar de ggz. Bij een dergelijke verwijzing is een goede differentiaaldiagnose van het grootste belang. Want hoewel 'gedragsprobleem' geen echte diagnose is, blijkt er wel degelijk een associatie tussen psychiatrische symptomen en stoornissen en gedragsproblemen (o.a. Holden e.a. 2009). Zo zouden psychiatrische stoornissen en gedragsproblemen eenzelfde causaliteit kunnen hebben, zouden gedragsproblemen gezien kunnen worden als 'atypische' of gedragsproblemen bij een psychiatrische stoornis (bijv. Charlot e.a. 2005) en zouden gedragsproblemen ook het gevolg kunnen zijn van een psychiatrische stoornis (Emerson e.a. 1999).

Gedragsproblemen kunnen ook gerelateerd zijn aan somatische aandoeningen (Carr e.a. 2003; Roberts e.a. 2005). Dit geldt voor met name voor aandoeningen die geassocieerd zijn met pijn of ongemak, bijvoorbeeld pijn bij cerebrale parese, urine-incontinentie, visusproblemen en chronische slaapproblemen (De Winter e.a. 2011). Maar bijvoorbeeld ook bepaalde vormen van epilepsie zouden geassocieerd zijn met gedragsproblemen (Deb e.a. 2001; Espie e.a.). Omdat het zelfs zo zou kunnen zijn dat somatische aandoeningen niet opgemerkt worden als patiënten zich presenteren met gedragsproblemen waar vervolgens alle aandacht naar uitgaat (Kwok & Cheun 2007), gaat het hier om een belangrijke differentiaaldiagnose.

Niet in de laatste plaats kunnen gedragsproblemen het effect zijn van behandeling met somatische medicatie of psychofarmaca (Kalachnik e.a. 2002; Matson & Mahan 2010; Verhoeven e.a. 2004). Medicatie gericht op gedragsproblemen heeft vaak geen of zelfs een averechts effect en dient vermeden te worden (Brylewski & Duggan 2004; Tyrer e.a. 2009). Bijwerkingen van bijvoorbeeld psychofarmaca (zoals acathisie bij antipsychotica of paradoxale reacties bij benzodiazepines) kunnen leiden tot fors probleemgedrag, dat weer kan leiden tot meer behandeling met meer psychofarmaca (veelal polyfarmacie), met alle gevolgen van dien.

In de praktijk zijn gedragsproblemen vaak het gevolg van overvraging, soms van ondervraging. Overvraging (maar ook ondervraging of onderstimulatie) ontstaat wanneer de omgeving onvoldoende is afgestemd op het totaal aan cognitieve, sociale en emotionele beperkingen (en/of mogelijkheden) van de patiënt. Zowel overvraging als onderstimulatie kan leiden tot verstoord gedrag. Soms wordt gedrag dat eigenlijk passend is bij het niveau beleefd als gedragsprobleem door de omgeving. Een voorbeeld is het niet kunnen verdragen alleen te zijn bij iemand met het sociaal-emotionele niveau van een peuter. Vaak is uitleg voldoende om de omgeving te laten inzien wat de oorzaak van de problemen is en heeft beter afstemmen van de begeleiding op de cognitieve en sociaal-emotionele behoeften van patiënt het beste resultaat. De juiste diagnostiek bij vermoeden van over- of ondervraging is een orthopedagogisch onderzoek naar alle aspecten van het ontwikkelingsniveau. De aangewezen behandeling bestaat uit het geven van adviezen aan begeleiders over hoe ze de begeleiding het beste op dit ontwikkelingsniveau kunnen afstemmen.

### Adviezen voor psychiatrische diagnostiek bij mensen met een verstandelijke beperking

Voor goede diagnostiek van psychiatrische stoornissen bij mensen met een (z)LVB is het van belang om de psychiatrische klachten in de context van de omgeving, het ontwik-

kelingsniveau en de tijd te plaatsen. Om een goed beeld te krijgen van de aard en het ontstaan van de klachten en de mogelijke oorzaken hiervan, is nog meer dan in de algemene populatie, aanvullend onderzoek noodzakelijk, zoals een heteroanamnese, somatisch en/of neuropsychologisch onderzoek, systeemonderzoek of huisbezoek. In de volgende adviezen bespreken we met welke zaken u daarbij rekening moet houden.

#### HOUD REKENING MET HET COGNITIEVE NIVEAU

Houd er in de eerste plaats altijd rekening mee dat de patiënt die tegenover u zit wel eens zwakbegaafd kan zijn of een vb kan hebben. Met een prevalentie van (z)LVB (50 < IQ > 85) van meer dan 10-15% en een hoog percentage psychiatrische comorbiditeit is die kans reëel. Vraag daarom altijd naar schoolopleiding, dubbures en diploma's. Naast het vragen naar schoolopleiding zijn opdrachten zoals een rekensommetje of een woord spellen uit het hoofd, iets opschrijven en/of het uitleggen van een uitdrukking manieren om te testen of er bij iemand mogelijk sprake is van een (z)LVB. Een nieuw hulpmiddel daarbij is de *Screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking* (SCIL; Moonen e.a. 2012). Een vermoeden van (z)LVB moet natuurlijk altijd verder worden onderzocht.

Begin het gesprek met uw patiënt met (z)LVB met uitleg over het doel van uw onderzoek en stel de patiënt indien nodig gerust. Veel patiënten met (z)LVB hebben negatieve ervaringen met hulpverlening, zijn bang voor artsen en zijn bang om niet serieus genomen te worden. Start met eenvoudige open vragen (Prosser & Bromley 1998). Houd er rekening mee dat gesloten of sturende vragen kunnen leiden tot *acquiescence* ('ja'-antwoorden, los van de inhoud van de vraag) en dat bij meerkeuzevragen het risico bestaat op een *recency bias* (de neiging om het laatst genoemde antwoord te geven)(Perry 2004). Gebruik naast open vragen daarom het liefste 'of-of'-vragen. Gebruik begrijpelijke taal. Bijzinnen, moeilijke woorden (inclusief medisch jargon), metaforen en ontkenningen en suggestieve vragen kunnen leiden tot verwarring. Gebruik plaatjes of tekeningen. En kijk goed naar uw patiënt. Objectieve observatie van gedrag levert vaak veel informatie op.

Houd er rekening mee dat behalve woordenschat en taalbegrip veel andere vaardigheden als gevolg van het lage cognitieve niveau ook beperkt ontwikkeld of afwezig zijn. Voorbeelden hiervan zijn beperkt of afwezig tijdsbesef, verminderd vermogen om fantasie en realiteit te onderscheiden en verminderd besef van oorzaak-gevolg. In de reguliere psychiatrie gaan we er vaak vanuit dat deze capaciteiten bij onze patiënten aanwezig zijn. Deze veronderstelling kan bij een verstandelijk beperkte patiënt leiden tot ernstige misverstanden en verkeerde interpretaties.

**HOUD REKENING MET HET SOCIAAL-EMOTIONELE NIVEAU**

Bij mensen met een v<sub>B</sub> lopen de cognitieve, emotionele en sociale ontwikkeling niet altijd synchroon. De sociaal-emotionele ontwikkeling kan trager verlopen en het uiteindelijk bereikte niveau is lager, vaak passend bij de cognitieve ontwikkeling. Een patiënt bijvoorbeeld met een IQ van rond de 60 heeft een sociaal-emotioneel ontwikkelingsniveau van iemand van rond de 7 jaar. Naast beperkte cognitieve vaardigheden (bijvoorbeeld wat betreft woordenschat, abstractievermogen en tijdsbesef), houdt dit in dat vaardigheden zoals zelfstandig keuzes maken, verantwoordelijkheid nemen voor eigen gedrag en besef van regels, waarden en normen beperkt zijn. Ga er daarom niet van uit dat uw patiënt u spontaan al zijn of haar klachten zal vertellen. Vraag naar alles wat u wilt weten en vraag door, totdat u zeker weet dat u begrijpt wat de patiënt probeert te vertellen.

Bij psychiatrische problematiek kan er sprake zijn van een gestagneerde of geblokkeerde sociaal-emotionele ontwikkeling waardoor er een discrepantie ontstaat tussen het cognitieve en sociaal-emotionele niveau. Het sociaal-emotionele niveau is dan nog lager dan we op basis van het cognitieve ontwikkelingsniveau zouden verwachten. Zo kan bij vroegkinderlijke traumatisering iemand met een IQ van 60 ook het sociaal-emotionele niveau hebben van een peuter. Het risico van het niet onderkennen van deze discrepantie is overvraging, die weer het ontstaan van psychische klachten beïnvloedt en het voortbestaan ervan onderhoudt. Ook bestaat het risico dat bepaald gedrag, zoals in dit voorbeeld opstandig zijn, het gebrek aan identiteit en snel huilen, ten onrechte gezien wordt als een psychiatrische stoornis in plaats van passend bij het sociaal-emotionele niveau.

**HOUD REKENING MET BIJKOMENDE OF ONDERLIGGENDE SOMATISCHE AANDOENINGEN**

Houd er altijd rekening mee dat bij een verstandelijk beperkte patiënt sprake kan zijn van een bijkomende of onderliggende somatische of genetische aandoening die de psychiatrische klachten veroorzaakt of verergert. Mensen met (z)<sub>LVB</sub> zullen hier niet altijd spontaan over vertellen en er niet altijd voldoende van op de hoogte zijn. Vraag daarom altijd expliciet naar somatische klachten en aandoeningen (bijvoorbeeld epilepsie, suikerziekte en schildklier-aandoeningen) en overleg indien nodig met de huisarts. Realiseer u ook dat mensen met een v<sub>B</sub> vaak gevoelig(er) zijn voor medicatiebijwerkingen en dat er vaker paradoxale reacties optreden die het psychiatrische beeld vertroebelen of veranderen. Vraag altijd expliciet naar alle gebruikte medicatie en overleg indien nodig met de apotheek.

**ZOEK NAAR DE OORZAAK VAN DE VERSTANDELIJKE BEPERKING**

Een v<sub>B</sub> is een verstoring in de ontwikkeling van de hersenfuncties, die op vele manieren ontstaan kan zijn en een optelsom is van genetische aanleg, schade en omgevingsfactoren. Bij de psychiatrische patiënt met (z)<sub>LVB</sub> is het zoeken naar de oorzaak en het begrijpen van de v<sub>B</sub> van groot belang (Verhoeven & Egger 2009). Het is nodig om daarbij ook aandacht te hebben voor mogelijke gedragsfenotypes waarbij psychiatrische problemen onderdeel zijn van een bepaald syndroom. Er zijn verschillende syndromen bekend die enerzijds vaak samengaan met een v<sub>B</sub> en anderzijds de kans vergroten op het ontstaan van psychiatrische klachten.

Bekende voorbeelden zijn de preseniele dementie en het frequente voorkomen van stemmingsstoornissen bij trisomie 21 (Mantry e.a. 2008), maar ook het voorkomen van psychotische symptomen bij 22q11-deletiesyndroom (Baker & Skuse 2005) en het voorkomen van affectieve psychotische stoornissen bij het syndroom van Prader-Willi (Verhoeven e.a. 2007).

Het klinisch genetische onderzoek heeft zich de afgelopen jaren sterk ontwikkeld. Dit maakt het zinvol om onderzoek te doen naar de etiologie van de v<sub>B</sub> ook als eerder onderzoek geen afwijkingen aan het licht bracht (Verhoeven & Egger 2009; Verhoeven e.a. 2013).

Ook niet-genetische aandoeningen en omgevingsfactoren zijn van grote invloed op de ontwikkeling. De uiteindelijke uitkomst van de ontwikkeling wordt bepaald door een complexe interactie tussen biologische, psychologische en sociale factoren (Emerson 2013). Goede diagnostiek naar al deze factoren is van groot belang.

**BETREK CONTEXT, SYSTEEM EN KETENZORG IN UW OVERWEGINGEN**

Meer dan in de algemene bevolking heeft de omgeving bij mensen met een v<sub>B</sub> invloed op het ontstaan en onderhouden van psychische klachten. Het is daarom belangrijk om te weten hoe deze context eruitziet en wat de invloed ervan is, alvorens de psychische klachten te interpreteren. Voor het achterhalen van overvraging is het bijvoorbeeld noodzakelijk om te weten of symptomen zich ook in elke context voordoen, bijvoorbeeld op werk, thuis en in het weekend bij familie of juist als de patiënt alleen is. Het systeem van de patiënt speelt bij het verwerven van al deze informatie een cruciale rol.

Al eerder bespraken wij dat patiënten met (z)<sub>LVB</sub> vaak moeilijker op een overzichtelijke manier kunnen reflecteren op eigen symptomen, klachten en problemen. De mate van betrouwbaarheid van de anamnese en het psychiatrisch onderzoek kan daardoor beïnvloed worden. Het is om die reden essentieel om het systeem van de patiënt te betrekken in de diagnostiek. Maar realiseer u ook de



beperkingen van het systeem. Zoals de informatie van de patiënt (gedeeltelijk) onbetrouwbaar kan zijn, zo geldt dit ook voor de informatie van derden. Vraag daarom altijd naar feiten en vermijd (psychologiserende) interpretaties. Besef dat familie, maar ook begeleiders vaak geen psychiatrische scholing hebben gehad en controleer bijvoorbeeld altijd of belangrijke termen op de juiste manier gebruikt worden. Het komt bijvoorbeeld regelmatig voor dat begeleiders uitspraken doen over psychotisch of depressief zijn, zonder dat hiermee de psychiatrische aandoening bedoeld wordt. Ze bedoelen dan bijvoorbeeld dat iemand niet meer te kalmeren is, of dat helemaal niets meer wil. Soms spelen ook andere belangen of motieven mee die los staan van de hulpvraag van de 'geïdentificeerde patiënt'. Bij mensen met een vb en een psychiatrische stoornis is er per definitie sprake van een dubbele diagnose. De zorg voor deze mensen is dan ook vaak verdeeld over twee soorten zorgaanbieders, de zorg voor mensen met een vb en de geestelijke gezondheidszorg. Omdat verschillende hulpverleners vanuit hun eigen expertise en ervaring naar de patiënt kijken en met hem of haar omgaan, is het belangrijk dat verschillende hulpverleners goed samenwerken en ervoor waken dat er lacunes ontstaan.

## CONCLUSIE

Voor het onderkennen en begrijpen van psychiatrische klachten bij mensen met een vb is een breed blikveld nodig. Begrijpen waar uw patiënt last van heeft en daarmee het voorkomen van over- of onderdiagnosticeren van psychiatrische aandoeningen, lukt alleen als u de psychische klachten plaatst binnen het kader van de mate van verstandelijke beperking, het sociaal-emotionele niveau, mogelijke bijkomende of onderliggende genetische of lichamelijke aandoeningen (inclusief medicatiebijwerkingen), het systeem en de context. Maar als u dit doet, zult u merken dat het wel degelijk mogelijk is om psychiatrische stoornissen bij deze groep mensen te diagnosticeren. En aangezien goede diagnostiek aan de basis ligt van goede behandeling geldt ook hier het adagium: 'een goed begin is het halve werk'.

## LITERATUUR

- American Psychiatric Association. The diagnostic and statistical manual of mental disorders (4de herz. ed.) (DSM-IV-TR). Washington: APA; 2000.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5de ed.). Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
- Baker KD, Skuse DH. Adolescents and young adults with 22q11 deletion syndrome: psychopathology in an at-risk group. *Br J Psychiatry* 2005; 186: 115-20.
- Bramston P, Fogarty G. The assessment of emotional distress experienced by people with an intellectual disability: a study of different methodologies. *Res Dev Disabil* 2000; 21: 487-500.
- Brylewski J, Duggan L. Antipsychotic medication for challenging behaviour in people with learning disability. *Cochrane database Syst Rev* 2004 (3): CD000377.
- Carr E, Smith C, Giacini T, Whelan B, Pancari J. Menstrual discomfort as a biological setting event for severe problem behaviour: Assessment and intervention. *Am J Ment Retard* 2003; 2: 117-33.
- Charlot L, Abend S, Ravin P, Mastis K, Hunt A, Deutsch C. Non-psychiatric health problems among psychiatric inpatients with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res* 2001; 55: 199-209.
- Charlot L. Use of behavioural equivalents for symptoms of mood disorders. In: Ed. Sturmey P, red. *Mood disorders in people with mental retardation*. New York: NADD; 2005. p.17-45.
- Cooper SA, Smiley E, Morrison J, Williamson A, Allan L. Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: Prevalence and associated factors. *Br J Psychiatry* 2007; 190: 27-35.
- Crocker AG, Mercier C, Lachapell Y, Brunet A, Morin D, Roy ME. Prevalence and types of aggressive behaviour among adults with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res* 2006; 50: 652-61.
- Do en A. Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap: een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen. Assen: Koninklijke van Gorcum; 2005.
- Emerson E. Challenging behaviour. Analysis and intervention in people with learning difficulties. Cambridge: Cambridge University Press; 1995.
- Emerson E, Moss SC, Kiernan C. The relationship between challenging behaviours and psychiatric disorders in people with severe developmental disabilities. In: Bouras N, red. *Psychiatric and behavioural disorders in developmental disabilities and mental retardation*. Cambridge: Cambridge University Press; 1999. p. 38-48.
- Emerson E. Commentary: childhood exposure to environmental adversity and the well-being of people with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res* 2013; 57: 589-600.
- Espie CA, Watkins J, Curtice L, Espie A, Duncan R, Ryan JA, e.a. Psychopathology in people with epilepsy and intellectual disability; an investigation of potential explanatory variables. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2003; 74: 1485-92.

- Fletcher RJ, Loschen E, Stavrakaki C, First M. Diagnostic Manual - Intellectual Disability: A Textbook of diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability. New York: NADD; 2007.
- Hassiotis A, Ukoumunne O, Tyrer P, Piachaud J, Gilvarry C, Harvey K, Fraser J. Prevalence and characteristics of patients with severe mental illness and borderline intellectual functioning: Report from the UK700 randomised controlled trial of case management. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 135-40.
- Hassiotis A, Strydom A, Hall I, Ali A, Lawrence-Smith G, Meltzer H e.a. Psychiatric morbidity and social functioning among adults with borderline intelligence living in private households. *J Intellect Disabil Res* 2008 52: 95-106.
- Holden B, Gitlesen JP. The overlap between psychiatric symptoms and challenging behaviour: A preliminary study. *Res Dev Disabil* 2009; 30: 210-18.
- Hurley AD, Folstein M, Lam N. Patients with and without intellectual disability seeking outpatient psychiatric services: diagnoses and prescribing pattern. *J Intellect Disabil Res* 2003; 47: 39-50.
- Kalachnik JE, Hanzel TE, Sevenich R, Harder SR. Benzodiazepine behavioral side effects: review and implications for individuals with mental retardation. *Am J Ment Retard* 2002; 107: 376-410.
- Kwok H, Cheung PWH. Co-morbidity of psychiatric disorder and medical illness in people with intellectual disabilities. *Curr Opin Psychiatry* 2007; 20: 443-9.
- Mantry D, Cooper SA, Smiley E, Morrison J, Allan L, Williamson A, e.a. The prevalence and incidence of mental ill-health in adults with Down syndrome. *J Intellect Disabil Res* 2008; 52: 141-55.
- Matson JL, Mahan S. Antipsychotic drug side effects for persons with intellectual disability. *Res Dev Disabil* 2010; 31: 1570-6.
- Mileviciute I, Hartley SL. Self-reported versus informant-reported depressive symptoms in adults with mild intellectual disability. *J of Intellectl Disabil Res* 2013; doi: 10.1111/jir.12075.
- Moonen XMH, Kaal HL, Nijman H. The construction and validation of a screener to assess mild intellectual disabilities and borderline intelligence. IASSID World Congress. 9-14 juli, Halifax, Canada. *J Intellect Disabil Res* 2012; 56: 693.
- Moss S, Prosser H, Ibbotson B, Goldberg D. Respondent and informant accounts of psychiatric symptoms in a sample of patients with learning disability. *J Intellect Disabil Res* 1996; 40: 457-65.
- Neijmeijer L, Moerdijk L, Muusse C, Veneberg G. Licht verstandelijk gehandicapten in de GGZ. Een verkennend onderzoek. Utrecht: Trimbos-instituut; 2010.
- Perry J. Interviewing people with intellectual disabilities. In: Emerson E, Hatton C, Thompson T, Parmenter, TR, red. *The international handbook of applied research in intellectual disabilities*. West Sussex: Wiley; 2004. p. 115-31.
- Prosser H, Bromley J. Interviewing people with intellectual disabilities. In: Emerson E, Hatton C, Bromley J, Caine A. *Clinical psychology and people with intellectual disabilities*. Chichester: Wiley; 1998.
- Roberts C, Yoder PJ, Kennedy CH. Descriptive analyses of epileptic seizures and problem behaviour in adults with developmental disabilities. *Am J Ment Retard* 2005; 110: 405-12.
- Tyrer P, Oliver-Africano PC, Ahmed Z, Bouras N, Cooray S, Deb S, e.a. Risperidone, haloperidol, and placebo in the treatment of aggressive challenging behaviour in patients with intellectual disability: a randomised controlled trial. *Lancet* 2008; 371: 57-63.
- Verhoeven WMA, Egger JIM. Psychiatrische diagnostiek bij verstandelijk gehandicapten. *Patient Care* 2009; 8: 79-82.
- Verhoeven WMA, Sijben AES, Tuinier S. Psychiatric consultation in intellectual disability; dimensions, domains and vulnerability. *European Journal of Psychiatry* 2004; 18, 31-43.
- Verhoeven WMA, Egger JIM, Wingbermühle EAM, Schneider MKF. Topklinische neuropsychiatrie: een succesvolle interdisciplinaire benadering. *Tijdschr Psychiatr* 2013; 55: 733-42.
- Vonk J, Hosmar A. Emotionele ontwikkeling bij mensen met een beperking. Een denk- en handelingskader voor de praktijk. Leuven: Acco; 2009.
- Wieland J, Kapitein-de Haan S, Zitman FG. Psychiatric disorders in outpatients with borderline intellectual functioning: comparison with outpatients from regular mental health care and outpatients with mild intellectual disabilities. *Can J Psychiatry* 2014; 59: 213-9.
- Winter CF De, Jansen AAC, Evenhuis HM. Physical conditions and challenging behaviour in people with intellectual disability: a systematic review. *J Intellect Disabil Res* 2001; 55: 675-98.
- Zammit S, Allebeck P, David AS, Dalman C, Hemmingsson T, Lundberg I, e.a. A longitudinal study of premorbid IQ Score and risk of developing schizophrenia, bipolar disorder, severe depression, and other nonaffective psychoses. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 354-60.

## SUMMARY

# Diagnosing psychiatric disorders in people with (very) mild intellectual disabilities

J. WIELAND, S. KAPITEIN, M. OTTER, R.W.J. BAAS

**BACKGROUND** There is a good chance that you, as a psychiatrist, will come in to contact with patients who have a borderline or mild intellectual disability ( $50 > IQ < 85$ ). Referral to specialised care is not always an option and may not always be necessary. However, diagnosing psychiatric disorders in these patients can present challenges.

**AIM** To increase our knowledge about the diagnosing of psychiatric disorders in people with borderline or mild intellectual disabilities.

**METHOD** In this article we describe some key considerations in making a diagnosis or a differential diagnosis of psychiatric disorders in people with an intellectual disability.

**RESULTS/  
CONCLUSION** In the differential diagnosis of psychiatric symptoms and behavioral problems in persons with a borderline or mild intellectual disability, one needs to take into account the patient's cognitive and social emotional level and any possible underlying somatic conditions; in addition, one must search for the cause of the intellectual disability paying attention to the context and the facilities offered by the care system.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)7, 463-470

**KEY WORDS** borderline intellectual functioning, diagnostics, mental health, mild intellectual disability