

Psychiatrische stoornissen bij mensen met een lichte verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid; een inleiding

K. MOSK, G. DEGRAEVE

- ACHTERGROND** Psychiatrische stoornissen komen evenzeer voor bij personen met een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid.
- DOEL** Vergroten van kennis over de ontwikkeling van de zorgverlening aan mensen met een lichte verstandelijke beperking en zwakbegaafdheid met psychiatrische stoornissen (een inleiding).
- METHODE** Beschrijving van aandachtspunten bij prevalentie, presentatie, diagnostiek evenals een beknopt overzicht van (evolutie van) zorgorganisatie in Nederland en België.
- RESULTATEN** Ten opzichte van eind vorige eeuw is de aandacht gegroeid voor deze doelgroep. Zorg werd ook verder geprofessionaliseerd.
- CONCLUSIE** Hoewel afstemming in de praktijk vaak lastig is, vereist goede zorg voor mensen met LVB en ZB met psychiatrische problemen dat de werkvelden nog beter samenwerken en gebruikmaken van elkaars kennis en expertise.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)11, 751-755

TREFWOORDEN lichte verstandelijke beperking, psychiatrische stoornissen, zwakbegaafdheid



Mensen met een verstandelijke beperking (VB) of zwakbegaafdheid (ZB) hebben een grote kans om in hun leven een psychiatrische stoornis te krijgen.. Zij leven in een steeds complexer wordende samenleving die hoge eisen stelt aan hun cognitieve en adaptieve vaardigheden en lopen voortdurend het risico om overvraagd te worden (Didden e.a. 2016). Mensen met een VB of ZB zijn oververtegenwoordigd in de (forensische) psychiatrie, de verslavingszorg en de maatschappelijke opvang (Didden e.a. 2016). Ook binnen de zorg voor mensen met een VB wonen steeds vaker mensen die naast een lichte verstandelijke beperking (LVB) of ZB een psychiatrische stoornis hebben die leidt tot een verwijzing naar de geestelijke gezondheidszorg (ggz) of een consultatie bij een psychiater (Blontrock e.a. 2019). Toch zijn de diagnostiek, behandeling en begeleiding niet optimaal voor deze groep omdat VB vaak laat wordt onderkend door de hulpverleners bin-

nen de ggz. Of er ontstaat (be)handelingsverlegenheid bij zorgverleners als er naast VB sprake is van bijkomende psychiatrische problematiek. In dit inleidende artikel geven we een korte beschrijving van de problematiek, context, diagnostiek en behandeling van deze doelgroep, besteden we aandacht aan ontwikkelingen in de organisatie van de zorgverlening én doen we een aanbeveling voor verdere professionalisering en samenwerking tussen de verschillende werkvelden.

Definitie

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) schat dat 1 tot 3% van de bevolking een VB heeft (IQ lager dan 70). Een inschatting van de prevalentie van mensen met een LVB (IQ 50-70) en ZB (IQ 70-85) is mogelijk op grond van de normaalverdeling van het IQ van de Nederlandse bevolking. Volgens deze verdeling heeft 13,6% van de Nederlanders een IQ van

70-85 en 2,1% een IQ van 50-70 (Generieke module Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid (ZB) of een lichte verstandelijke beperking (LVB); Akwa ggz; 2018).

Waar in de classificatie van een VB in de DSM-IV-TR nog de nadruk lag op de IQ-score is er bij de DSM-5 gekozen voor een prominente rol voor de mate van adaptief functioneren of aanpassingsvermogen. Problemen in het cognitief en adaptief functioneren moeten al aanwezig zijn in de ontwikkelingsperiode om de diagnose VB te mogen stellen. Men gaat ervan uit dat het adaptief functioneren beter aangeeft hoeveel ondersteuning iemand nodig heeft (APA 2014). Bij de classificatie van een VB wordt nog wel aangegeven dat het IQ lager moet zijn dan 70, maar bij de classificatie ZB zijn alle criteria verdwenen (Wieland e.a. 2017). Voor mensen met een VB beschrijft de DSM-5 het adaptieve functioneren in drie domeinen: conceptueel, sociaal en praktisch.

- Het conceptuele domein bevat schoolse vaardigheden zoals rekenen, lezen en schrijven en probleemoplossende vaardigheden.

- Het sociale domein omvat interpersoonlijke communicatieve vaardigheden, maar ook empathie, sociaal oordeelsvermogen en inlevingsvermogen.

- Het praktische domein betreft het leervermogen en zelfmanagement in verschillende leefsituaties, waaronder zelfverzorging en het omgaan met de verantwoordelijkheden van een opleiding of baan, geld en vrijetijdsbesteding (APA 2014). In vergelijking met leeftijdgenoten met een normale ontwikkeling hebben mensen met LVVB meer problemen bij het schoolse leren, abstract denken, sociale interacties (met name in de communicatie en emotieregulatie) en complexe dagelijkse taken (Ponsioen 2016).

De meeste mensen met een LVVB of ZB wonen en werken in de maatschappij. Wanneer er naast LVVB of ZB sprake is van een ontwikkeling van langer durende psychiatrische problematiek is de kans groter dat zij in contact komen met gespecialiseerde hulpverlening waar aandacht is voor de dubbele diagnose en waarbij de aanpak van psychiatrische stoornissen deel uitmaakt van de aangeboden ondersteuning.

Prevalentie en risicofactoren van psychiatrische stoornissen

Onderzoek naar prevalentie van psychiatrische stoornissen bij mensen met ZB/LVVB is complex. Beschikbare onderzoeken naar incidentie en prevalentie verschillen in methodologie en hun resultaten zijn vaak moeilijk te vergelijken (Mosk e.a. 2015). Duidelijk is dat zo ongeveer alle psychiatrische stoornissen vaker voorkomen bij zowel kinderen als volwassenen met ZB/LVVB dan bij de normaal begaafde populatie (Cooper e.a. 2007; Einfeld e.a. 2013; Emerson e.a. 2013).

AUTEURS

KARIN MOSK, Gz-psycholoog, Wijzer van AMSTA Karaad, centrum voor diagnostiek en behandeling voor mensen met een verstandelijke beperking, Amsterdam.

GUNTHER DEGRAEVE, psychiater, PC Guislain, Gent, AZ Alma, Eeklo, RCGG, Gent-Eeklo-Deinze, diverse VAPH-voorzieningen en privé-praktijk, Maldegem.

CORRESPONDENTIEADRES

Karin Mosk, Polderweg 2-4, 1093 KM Amsterdam.

E-mail: k.mosk@amsta.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 27-6-2019.

Het risico op het ontstaan van psychiatrische stoornissen bij mensen met een LVVB is hoger omdat er meer risicofactoren zijn en minder beschermende factoren. Risicofactoren zijn onder andere de beperkingen in sociale en probleemoplossende vaardigheden, in de informatieverwerking, in de affectregulatie en in het aanpassingsvermogen. Vooral bij sociale interacties kunnen deze beperkingen tot grote problemen leiden. Daarnaast komen er bij mensen met een VB vaker somatische en genetische afwijkingen voor waarvan bekend is dat ze op een of andere manier samenhangen met een psychiatrische stoornis (Hassiotis e.a. 2008).

Onderzoek naar de levensloop van mensen met LVVB en ZB wijst erop dat ze gemiddeld genomen een problematischer levensloop hebben waarbij er sprake is van pedagogische en affectieve verwaarlozing, onmacht, armoede en vroege uithuisplaatsing die de kans op het ontstaan van psychiatrische problemen vergroot (Seltzer e.a. 2005).

Diagnostiek en behandeling van psychiatrische stoornissen

Transitiemomenten in het leven zijn vaak de momenten waarop 'ineens' duidelijk kan worden dat mensen met een LVVB of ZB al langere tijd overvraagd zijn en er zich psychiatrische klachten ontwikkelen (Wieland e.a. 2017). Hoe complexer de psychiatrische stoornis, de LVVB/ZB en/of de interactie tussen beide, des te meer is een multidimensionale blik, multidisciplinaire samenwerking en kennis vanuit ggz en voorzieningen voor personen met een VB noodzakelijk.

In de diagnostiek van psychiatrische stoornissen bij mensen met LVVB of ZB hanteert men in Nederland en België hetzelfde psychiatrische diagnose- en classificatiesysteem als bij de normaal begaafde populatie (DSM-5). Alhoewel mensen met een VB dezelfde psychiatrische stoornissen

kunnen krijgen, kunnen de symptomen sterk verschillen en is de diagnostiek moeilijk (Deb e.a. 2002).

Omdat er een sterke behoefte was aan een diagnostische handleiding voor mensen met een verstandelijke beperking is in 2007 in samenwerking met de American Psychiatric Association (APA) een specifieke aanpassing van de DSM tot stand gekomen, de *Diagnostic Manual – Intellectual Disability* (DM-ID), die in 2017 is aangepast tot de DM-ID2 (Fletcher e.a. 2017).

Voor de classificatie en de formulering van een beschrijvende diagnose van een psychiatrische stoornis is het belangrijk onderscheid te maken tussen enerzijds gedrag dat past bij het cognitief, adaptief en emotioneel ontwikkelingsniveau en anderzijds symptomen die duiden op een psychiatrische stoornis (Došen 2014). De beleving van de stoornis door de persoon zelf en de uitingvorm van de stoornis is afhankelijk van het ontwikkelingsniveau. Behalve beperkte verbale mogelijkheden zijn andere vaardigheden als gevolg van het lage cognitieve niveau ook minder ontwikkeld, zoals minder besef van oorzaak en gevolg, verminderd tijdsbesef en problemen met het onderscheid tussen fantasie en realiteit (Wieland e.a. 2014).

De laatste jaren neemt de wetenschappelijke onderbouwing van behandelmethodes voor mensen met psychiatrische stoornissen en LVB/ZB toe. Een aantal gespecialiseerde voorzieningen heeft op basis van evidence-based kennis alsmede eigen professionele ervaringen en inzichten een aangepast behandelaanbod ontwikkeld voor patiënten met psychiatrische stoornissen en LVB/ZB. Deze aanpassingen betreffen zowel bejegening en houding van de therapeut als het proces van de therapie en de inhoud van de interventies (Generieke module Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid (ZB) of een lichte verstandelijke beperking (LVB); Akwa ggz 2018) (De Wit e.a. 2011).

Voor veel mensen met een VB of ZB en een psychiatrische stoornis is begeleiding die aangepast is aan het niveau van functioneren een belangrijke voorwaarde voor het slagen van de behandeling. De eerste stap is dan ook om ervoor te zorgen dat de aangepaste behandeling en begeleiding beschikbaar zijn en er aandacht is voor ondersteuning van het systeem (familie en begeleiding). Wegens generalisatieproblemen (de toepassing van het geleerde in meerdere, verschillende contexten) is het bij de behandeling van mensen met VB vaker nodig het systeem te betrekken bij de behandeling.

Ook de farmacotherapeutische behandeling vraagt in verband met het veelvuldig voorkomen van comorbide aandoeningen en gevoeligheid voor omgevingsfactoren, een specifieke expertise (de Kuijper e.a. 2019).

Ontwikkelingen in de organisatie van de zorgverlening

In de jaren tachtig van de vorige eeuw was er een verandering in de zorg voor mensen met een VB en psychiatrische problematiek. Enerzijds werden aparte verblijfsvoorzieningen opgericht, anderzijds leidde het tot het besef dat veel mensen met een VB en probleemgedrag onnodig lang opgenomen bleven in een psychiatrische setting.

De notie dat er veel mensen in de psychiatrie waren met een LVB leidde in Nederland tot de oprichting van enkele zogeheten SGLVG-instellingen (SGLVG: sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapt). Dit zijn derdelijns behandelcentra op het snijvlak van psychiatrie en zorg voor mensen met een LVB (en forensische zorg) die zich richten op het opheffen van ernstige ontregelingen van het persoonlijk en maatschappelijk functioneren van (jong)volwassenen met een LVB of ZB met problemen op vlak van wonen, werken en vrije tijd (Didden e.a. 2016).

In België werd na de staatshervorming in de jaren 1980 de zorg van het nationale (nu federale) niveau overgeheveld naar het niveau van de gemeenschappen. In Vlaanderen werd in 1990 het Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap (VFSIPH) opgericht dat in 2006 werd geherstructureerd naar het VAPH dat voor de zorg van personen met een VB instaat. Opleiding en werkgelegenheid, inspectie en investeringen werden toegewezen aan andere diensten (<https://www.vaph.be/over-vaph/algemeen/historiek>).

In Nederland (NL) en België (B) ontvangen jongeren en volwassenen met een VB of ZB en psychiatrische stoornissen nu vaak hulp vanuit verschillende zorgsectoren, zoals huisartsenzorg (B, NL), zorg van instellingen en praktijken voor mensen met een VB (NL), gespecialiseerde (ambulante of klinische) centra voor psychiatrie en verstandelijke beperking (NL), zorg van instellingen en praktijken voor ggz (B, NL), voorzieningen verbonden aan het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) (B), verslavingszorg, forensisch-psychiatrische zorg, gemeentelijke voorzieningen zoals maatschappelijke ondersteuning (inclusief beschermd en begeleid wonen), jeugdhulp, en de kinder- en jeugdpsychiatrie.

Het beleid in de zorg voor kinderen en volwassenen met een VB is om zo vroeg mogelijk de problematiek te (h)erkennen om daarna enerzijds de negatieve gevolgen van deze problematiek te behandelen en anderzijds aangepaste vormen van ondersteuning te bieden gericht op herstel van het gewone leven.

Ook in het veld van de jeugd met een VB kwam er steeds meer samenwerking tussen orthopedagogische behandelcentra en de kinder- en jeugdpsychiatrie. In verband met de mate van complexiteit van de problematiek was er een toename te zien van psychiatrische hulpverlening in de

orthopedagogische behandelcentra in Nederland (OBC's). Naast de OBC's ontstonden multifunctionele centra voor kinder- en jeugdpsychiatrie en VB. In Vlaanderen is er één specifieke afdeling voor minderjarigen met VB en psychiatrische problemen.

Heden ten dage is er in de ggz een toenemende nadruk op ambulante vormen van hulpverlening en behandeling en het terugdringen van langdurige intramurale opnamen, de zogenaamde vermaatschappelijking van de zorg. Verschillende organisaties zijn werkzaam op het snijvlak van de ggz en de zorg voor mensen met een VB met het FACT-model (*flexible assertive community treatment*) of soortgelijke modellen waarbij mensen in hun eigen woon- en werkomgeving intensief psychiatrisch en pedagogisch begeleid kunnen worden en er ambulante diagnostiek en behandeling plaatsvinden (Neijmeijer e.a. 2016).

Mensen met een VB of ZB die intensievere behandeling en begeleiding nodig hebben, verblijven op klinische behandelafdelingen van de ggz of wonen in verband met hun

levenslange kwetsbaarheid intramuraal in de zorg voor mensen met een VB met specifieke aandacht voor hun psychiatrische problematiek. Ook voor deze laatste groep mensen is langer durende betrokkenheid van professionals met psychiatrische expertise noodzakelijk.

Conclusie

In de afgelopen jaren is er een gevarieerd aanbod ontwikkeld aan zorgverlening voor mensen met een LVB of ZB en psychiatrische problematiek vanuit verschillende werkvelden met hun eigen achtergrond, paradigma's en visies. Deze bieden vanuit hun eigen expertise en met eigen werkwijze een deel van de nodige zorg. Hoewel afstemming in de praktijk vaak lastig is, vereist goede zorg dat de werkvelden nog beter samenwerken en gebruikmaken van elkaars kennis en expertise zodat de mensen met LVB of ZB met complexe problemen profiteren van verdergaande professionalisering.

LITERATUUR

- Akwa ggz. Generieke module Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid (ZB) of een licht verstandelijke beperking (LVB). 2018. <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/psychische-stoornissen-en-zwakbegaafdheid-zb-of-lichte-verstandelijke-beperking-lvb>
- American Psychiatric Association (APA). Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen DSM-5. Nederlandse vertaling van Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5e ed.). Amsterdam: Boom; 2014.
- Blontrock L, Coppens E, Degraeve G, De Laere A, Rossignol M. Verstandelijke beperking in de GGZ: een praktisch begin. In druk. 2019.
- 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.
- Deb S, Matthews T, Holt G, Bouras N. Richtlijnen voor de praktijk van onderzoek en diagnostiek van problemen met de geestelijke gezondheid bij volwassenen met een verstandelijke beperking. Nederlandse bewerking: Gennep A van. Utrecht: LKNG; 2002.
- de Kuijper G, Degraeve G, Zinkstok JR. Voorschrijven van psychofarmaca bij mensen met een verstandelijke beperking: handvatten voor de praktijk. Tijdschr Psychiatr 2019; 61: xxx-xx.
- Didden R, Troost P, Moonen X, Groen W. Inleiding. In: Didden R, Troost P, Moonen X, Groen W (red.). Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking. Utrecht: de Tijdstroom; 2016. p. 14-22.
- Došen A. Psychische stoornissen, probleemgedrag en verstandelijke beperking. Een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen. Assen: Koninklijke Van Gorcum; 2014.
- Einfeld SL, Ellis LA, Emerson E. Health inequalities and people with intellectual disabilities. New York: Cambridge University Press; 2013.
- Emerson E, Hatton C. Mental health of children and adolescents with intellectual disabilities in Britain. Br J Psychiatry 2007; 191: 493-9.
- Fletcher RJ, Barnhill J, Cooper SA. Diagnostic Manual - Intellectual Disability (DM-ID2). New York: NADD; 2017.
- Hassiotis A, Strydom A, Hall I. Psychiatric morbidity and social functioning among adults with borderline intelligence living in private households. J of intellectual disability Research 2008; 52: 95-106.
- Mosk K, Meesters J, Amelvoort T van. Verstandelijke beperkingen. In: Franken I, Muris P, Denys D (red.). Psychopathologie, oorzaken, diagnostiek en behandeling. Utrecht: de Tijdstroom; 2015.
- Neijmeijer L, Lindt T van de, Didden R. (Flexible) assertive community treatment. In: Didden R, Troost P, Moonen X, Groen W (red.). Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking. Utrecht: de Tijdstroom; 2016.
- Ponsioen A. Andere kijk op psychologische diagnostiek. In: Didden R, Troost P, Moonen X, Groen W (red.). Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking. Utrecht: de Tijdstroom; 2016.
- Seltzer M, Floyd F, Greenberg J, Lounds J, Lindstrom J, Hong J. Life course impacts mild intellectual deficits. Am J Ment Retard 2005; 110: 451-68.

- Wieland J, Kapitein S, Otter M, Baas RWJ. Diagnostiek van psychiatrische stoornissen bij mensen met een (zeer) lichte verstandelijke beperking. Tijdschr Psychiatr 2014; 56: 463-9.
- Wieland J, Aldenkamp E, Brink A van den. Behandeling van patiënten met een laag IQ in de GGZ, beperkt begrepen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2017.
- Wit M de, Monen X, Douma J. Richtlijn effectieve interventies LVB. Utrecht: Landelijk kenniscentrum LVB; 2011.

SUMMARY

Psychiatric disorders in people with intellectual disability or borderline intellectual disability: an introduction

K. MOSK, G. DEGRAEVE

- BACKGROUND** Psychiatric disorders are also prevalent in people with intellectual disability and borderline intellectual disability.
- AIM** To provide an introduction of the organisation of care and its development for people with intellectual disability and borderline intellectual disability.
- METHOD** A description of specific concerns in prevalence, presentation, diagnosis, and a short summary of (the evolution) of care in the Netherlands and Belgium.
- RESULTS** Compared to the end of last century there is more attention for the needs of this group. The provided care is also more professional.
- CONCLUSION** Although not always easy in practice, good care for people with intellectual disability and borderline intellectual disability, and comorbid psychiatric problems, requires more cooperation and the use of shared knowledge and expertise.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)11, 751-755

KEY WORDS intellectual disability, psychiatric disorders