

Herkenning en diagnostiek van laagbegaafdheid in de geestelijke gezondheidszorg

J.G. NIEUWENHUIS

ACHTERGROND Het inschatten van intelligentie is van groot belang voor het laten aansluiten van de behandeling. Dit is zelfs voor geoefende behandelaars niet eenvoudig.

DOEL Behandelaars beter leren laagbegaafdheid op het spoor te komen en vast te stellen en hun een globaal idee geven van de methodiek en valkuilen bij de diagnostiek van psychiatrische stoornissen van laagbegaafden.

METHODE Bespreken van diverse in Nederland gangbare screeningsinstrumenten, in samenhang met de daaropvolgende diagnostiek.

RESULTATEN Middels screening en diagnostiek op intelligentie en adaptief functioneren komt men tot het onderbouwd vaststellen van zwakbegaafdheid en lichte verstandelijke beperking, om daarmee te komen tot een meer integratieve psychiatrische diagnose met aandacht voor het emotioneel en daarmee sociaal functioneren. Daarbij moet men bedacht zijn op enkele valkuilen in de psychiatrische diagnostiek.

CONCLUSIE Psychiaters en klinici dienen zich bewust te zijn van laagbegaafdheid. Zij dienen het algehele functioneren van de patiënt in kaart te brengen en te weten welke vervolgstappen voor een goede diagnostiek van laagbegaafdheid en daarbij voorkomende psychiatrische stoornissen nodig zijn.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)11, 756-760

TREFWOORDEN diagnose, klinische herkenning, verstandelijke beperking



ARTIKEL



Het herkennen en diagnosticeren van de intellectuele problemen bij patiënten met zwakbegaafdheid (zB) en een lichte verstandelijke beperking (lvB) heeft tot voor kort weinig aandacht gehad in de opleiding tot psychiater en de psychiatrie in het algemeen. Het onderwerp intelligentie werd vaak gezien als het domein van psychologen en orthopedagogen. In de basisopleiding tot psychiater werd geen of weinig aandacht besteed aan herkenning van lage intelligentie noch aan de daarop gerichte diagnostiek en behandeling. Mogelijk dat het opsplitsen van de zorg voor patiënten met psychiatrische problemen en verstandelijke beperking in de jaren zeventig heeft geleid tot verlies van aandacht en kennis aan beide zijden. Daarnaast lijken

negatieve beeldvorming en vooroordelen een belangrijke rol te spelen in het gebrek aan aandacht voor deze aanzienlijke patiëntengroep in de psychiatrie.

In Nederland worden lichte verstandelijke beperkingen gedefinieerd op basis van een gemeten intelligentiequotient (iq) van 50-70 in combinatie met een gebrekkig sociaal aanpassingsvermogen, of op basis van een iq van 70-85 in combinatie met een gebrekkig sociaal aanpassingsvermogen en bijkomende medische en of psychiatrische problemen en het vermoeden van een langdurige behoefte aan ondersteuning (Moonen & Versteegen 2006). In de DSM-5 zijn de iq-grenzen losgelaten.

Doel

Met dit artikel tracht ik te bereiken dat behandelaars in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) laagbegaafdheid bij hun patiënten eerder herkennen, een verstandelijke beperking kunnen vaststellen en de basisstappen in de diagnostiek bij deze specifieke groep leren. Doel is dat men deze groep patiënten niet (meer) excludeert vanuit koudwatervrees of vooroordelen, maar met een juiste diagnose een passende behandeling biedt binnen de ggz.

Intelligentie is van grote invloed op de symptoompresentatie. Hierdoor kan men diagnoses makkelijk missen of verkeerd stellen. Vooral als het gaat om een disharmonisch opgebouwde intelligentie, of om een IQ onder de 70. Laagbegaafde patiënten kunnen nu vaak niet of onvoldoende profiteren van het reguliere diagnostiek- en behandel-aanbod in de ggz terwijl met scholing van klinici en enige aanpassing van behandelprogramma's een grote groep van met name zwakbegaafde patiënten goed geholpen zou kunnen worden.

In dit artikel beschrijf ik hoe men een verstandelijke beperking vast kan stellen. Screeningsinstrumenten of vragenlijsten voor het opsporen van LVB zijn eenvoudig inzetbaar. De basisprincipes voor de verdere op stoornis gerichte diagnostiek komen in dit artikel globaal aan de orde.

Naast relevante recente artikelen over dit onderwerp heb ik gebruikgemaakt van diverse (leer)boeken zoals het *Diagnostic Manual – Intellectual Disability* (DM-ID; Fletcher e.a. 2017), het *Handboek LVB en psychiatrie* (Didden e.a. 2016), het boek *Behandeling van patiënten met een laag IQ in de GGZ* (Wieland e.a. 2017) en het *Handboek emotionele ontwikkeling en verstandelijke beperking* (De Bruijn e.a. 2016).

Herkenning en screening

Herkennen van laagbegaafdheid begint eenvoudigweg bij het zich bewust zijn van het belang hiervan bij de clinicus. Op het uiterlijk van de patiënt of het taalgebruik bij een eerste contact is het moeilijk varen. Hierin verschillen deze patiënten vaak niet van gemiddeld intelligente of hoger begaafde patiënten. Zelfs voor getrainde behandelaars is herkenning lastig. Patiënten presenteren zich vaak als 'streetwise' terwijl we weten dat taalgebruik en -begrip vaak niet overeenkomen. Behandelaars zijn niet gewend om de patiënt het gesprek in eigen woorden terug te laten vertellen, terwijl dan duidelijk wordt wat hij of zij begrepen heeft. Dit kan een eerste aanwijzing geven voor laagbegaafdheid.

Ook vraagt men in het eerste contact vaak niet naar schoolcarrière en als dat al gebeurt, dan vraagt men onvoldoende door naar het daadwerkelijke bezit van diploma's, wat gecompliceerd wordt door de enorme veranderingen in het onderwijs de afgelopen 50 jaar. Daarnaast is het van

AUTEUR

JEANET NIEUWENHUIS, psychiater, lid Raad van Advies voor de GGZ bij het Landelijk Kenniscentrum LVB, en VGGNet, Apeldoorn.

CORRESPONDENTIEADRES

E-mail: j.nieuwenhuis@ggnet.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 1-8-2019.

belang om een inschatting te kunnen maken van de intelligentie op basis van het genoemde diploma. In de psychiatrieopleiding wordt meestal niet geleerd een goede biografie of (hetero)ontwikkelingsanamnese af te nemen, wat een schat aan informatie kan opleveren. Niet alleen over het niveau van cognitief functioneren, maar ook over de emotionele ontwikkeling en adaptieve vaardigheden.

INTELLIGENTIE

Het (standaard) afnemen van een screeningsinstrument om intelligentie in te schatten is heel waardevol. Er zijn diverse screeners op de markt, zoals de *Hayes Ability Screening Index* (Hayes 2000), maar deze geven slechts een aanwijzing voor een IQ van 50-70 en zijn meestal niet gevalideerd voor patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) (Delespaul e.a. 2013).

De *Screeener Intelligentie Leerproblemen* (SCIL; Nijman e.a. 2018) is een bruikbaar screeningsinstrument om een vermoeden van laagbegaafdheid (IQ 50-85) te krijgen. De SCIL bestaat uit 14 items over de vier domeinen scholing, sociale contacten, schoolse vaardigheden en taalbegrip. Dit instrument geeft zowel een aanwijzing voor ZB als LVB bij twee verschillende afkappunten. De algemene sensitiviteit en specificiteit is 82% respectievelijk 89%. Bij patiënten met EPA is de sensitiviteit 67% en de specificiteit 81% (Seelen e.a. 2019). Het afnemen kost slechts een kwartier. De patiënt moet zich wel gedurende de afname voldoende kunnen concentreren. Liefst na training, mag iedere discipline de SCIL afnemen. Na het afnemen kan er bij een lage score gekozen worden voor het afnemen van een intelligentietest of voor een biografie en of (hetero)ontwikkelingsanamnese.

ADAPTIEF FUNCTIONEREN

Adaptief functioneren wordt gedefinieerd als het vermogen van een persoon om effectief in de wereld te kunnen functioneren. Wanneer geen blijvende ondersteuning

wordt geboden, zal de persoon problemen ervaren op één of meer aspecten van het dagelijks leven. Het adaptief functioneren toont aan in welke mate dit cognitief functioneren het dagelijks leven belemmert (Tassé e.a. 2012). Op dit moment zijn er nog geen goed gevalideerde screeningsinstrumenten op de Nederlandse markt. In de DSM-5 worden problemen in adaptief functioneren wel als voorwaarde gesteld om LVB of ZB te mogen vaststellen. Er zijn twee instrumenten in Nederland momenteel in ontwikkeling: de *Screeener Adaptief Functioneren* (SCAF; Moonen & Verstegen 2006) en de *Adaptieve Vaardigheden Verstandelijke Beperking* (AVVB; Jonker e.a. 2016). Beide instrumenten brengen het conceptuele, sociale en praktische functioneren in kaart en kunnen in de toekomst een bijdrage leveren aan het vaststellen van laagbegaafdheid, maar het validatieproces van deze instrumenten is op dit moment nog gaande.

Diagnostiek

Iedere goede diagnostiek begint met observatie bij het ophalen van de patiënt uit de wachtkamer aangezien er regelmatig sprake is van bijzonderheden in het uiterlijk en de motoriek. Begrijpen wat er met de patiënt aan de hand is (symptomenbeeld) in samenhang, het ontstaan/oorzaak (pathogenese) en de (sociale) context waarbij bevorderende en belemmerende factoren genoemd worden, vormen juist bij patiënten met (lichte) verstandelijke beperking een onmisbaar geheel. De diagnostiek moet duidelijkheid geven of het bij het gepresenteerde gedrag of klachten gaat om een stoornis, coping of (mal)adaptief gedrag als reactie op de context.

Met het slechts op basis van fenomenologie classificeren volgens de DSM ontstaat er een serieus probleem bij patiënten met een IQ onder de 70. Hoe lager het IQ, hoe minder betrouwbaar de DSM-classificatie wordt. Dit geldt ook voor de zwakbegaafdengroep met een disharmonisch intelligentieprofiel. Om tot een beter inzicht te komen is het raadzaam om bij patiënten met een IQ onder de ongeveer 70 gebruik te maken van het *Diagnostic Manual - ID*. Dit diagnostiekhandboek is analoog opgebouwd aan de DSM, maar geeft aanvullende criteria om tot een juiste classificatie te komen.

Bij patiënten met een (lichte) verstandelijke beperking is het steeds van belang om naast het cognitief en adaptief functioneren om de DSM-diagnose LVB of V-code zwakbegaafdheid te kunnen stellen, zicht te krijgen op de emotionele ontwikkeling om tot een integratieve diagnose te kunnen komen (Došen e.a. 2008). Dit vraagt van de clinicus tevens het emotionele en daarmee samenhangend sociale ontwikkelingsniveau in kaart te brengen. Dit kost tijd, maar levert onmisbare aanknopingsmogelijkheden voor gerichte behandeling op.

EMOTIONEEL FUNCTIONEREN

Wat betreft de emotionele ontwikkeling kan men globaal aanhouden dat patiënten met een IQ van 50-70 in emotioneel opzicht functioneren op de ontwikkelingsleeftijd van 6-12 jaar, en bij een IQ van 70-85 op de ontwikkelingsleeftijd 13-17 jaar. Došen stelt (De Bruijn e.a. 2017) dat een discrepantie tussen de emotionele en cognitieve ontwikkeling iemand kwetsbaar kan maken voor gedragsproblemen en psychiatrische stoornissen.

Kennis van emotionele ontwikkeling is belangrijk voor de onderkenning van het ontstaansmechanisme van het probleem, de diagnosestelling. Het niveau van emotionele ontwikkeling kan veel zeggen over de basale emotionele behoefte, het reactiepatroon en gedrag. Het biedt belangrijke aanknopingspunten voor de behandeling en kan voorkomen dat de patiënt niet zozeer cognitief, maar emotioneel wordt overvraagd en daardoor niet kan profiteren van behandeling.

Om zicht te krijgen op de emotionele ontwikkeling kan men verschillende ontwikkelingschalen gebruiken. Het meest gangbaar is de *Schaal Emotioneel Onderzoek – Revised 2* (Morisse & Došen 2016) afgenomen door getrainde academici. Bij dit assessment houdt men vijf ontwikkelingsfasen aan over dertien domeinen die heteroanamnestisch in beeld worden gebracht en die men tevens met patiënt op herkenbaarheid bespreekt. Dit resulteert in een profiel dat eenvoudig te lezen is en aanknopingspunten voor ondersteuning biedt. Begrijpelijkerwijs dient de terugkoppeling genuanceerd te gebeuren.

Valkuilen

Psychiatrische stoornissen bij deze patiëntengroep uiten zich enerzijds meer in gedrag en somatische problemen zoals buikpijn bij depressie. Patiënten zijn lang niet altijd in staat gevoelens en klachten te verwoorden. De clinicus zal steeds moeten verifiëren of de patiënt de gebruikte taal wel kent en begrijpt. Een schijnbaar gangbaar woord zoals 'somberheid' blijken patiënten regelmatig niet te kennen. Anderzijds wordt de symptoompresentatie sterk beïnvloed door de emotionele ontwikkeling die vaak lager is dan verwacht t.o.v. de cognitieve ontwikkeling. Dit kan zijn oorsprong hebben in neurologische, syndromale problemen, maar ook een gevolg zijn van stress en trauma als kind. Een aanzienlijk deel van deze patiënten leeft in minder gunstige sociaal-economische omstandigheden. Adaptief of maladaptief gedrag of coping wordt dan aangezien voor symptomen van een stoornis terwijl er vooral sprake is van overvraging.

Een gestelde diagnose bipolaire stoornis of een persoonlijkheidsstoornis kan zomaar verdwijnen na aanpassen van de begeleidings- en ondersteuningsbehoeften. Sowieso is het de vraag of een diagnose persoonlijkheidsstoornis

überhaupt gesteld kan worden bij deze patiënten gezien het niveau van emotioneel functioneren. Bij een diagnose zoals schizofrenie kan er sprake zijn van een zo laag emotioneel functioneren dat fantasie en werkelijkheid niet gescheiden zijn en er derhalve niet gesproken kan worden van een waandenkbeeld.

Het voert voor dit artikel te ver om alle regelmatig voorkomende valkuilen te bespreken, maar bij het niet voldoende verbeteren bij een juiste behandeling is hernieuwde diagnostiek van groot belang. Daarbij in het achterhoofd houdend dat de hoofd diagnosegroep depressie, ontwikkelingsstoornissen en PTSS in specialistische centra het meest voorkomen.

Conclusie

Gezien de hoge prevalentie van LVB/ZB in de ggz (Nieuwenhuis e.a. 2017; 2019) is het van belang dat alle psychiaters en klinici goed op de hoogte zijn van een middels screenen geschat of vastgesteld cognitief functioneren van de patiënt. Dit zou een vast onderdeel van de beschrijvende diagnose moeten zijn. Daarnaast is het van belang om tot een geïntegreerde diagnostiek inclusief biosociale aspecten te komen en zich een beeld te vormen van het niveau van emotioneel en adaptief functioneren. De behandeling zal hierop moeten aansluiten.

Bij een IQ onder de 70 zou men gebruik moeten maken van DM-ID aangezien de DSM-classificatie niet voldoende betrouwbaar is. Gezien de complexiteit van diagnostiek kan men kiezen voor verwijzing of samenwerking met specialistische centra.

LITERATUUR

- De Bruijn J, Vonk J, Twint B, van den Broek A. Handboek emotionele ontwikkeling en verstandelijke beperking. Amsterdam: Boom; 2016.
- Delespaul PH, de consensusgroep EPA. Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. Tijdschr Psychiatr 2013; 55: 427-38.
- Didden R, Troost P, Moonen X, Groen W. Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking. Utrecht: de Tijdstroom; 2016.
- Došen A, Gardner WI, Griffiths DM, King R, Lapointe A. Richtlijnen en principes voor de praktijk. Beoordeling, diagnose, behandeling en bijbehorende ondersteuning voor mensen met verstandelijke beperkingen en probleemgedrag. (Ned. bew.: Ad van Gennep. Utrecht: Vilans / LKNG; 2008.
- Fletcher RJ, Barnhill J, Cooper SA, red. Diagnostic Manual-Intellectual Disability: A textbook of diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability. Kingston, NY: National Association for the Dually Diagnosed; 2017.
- Jonker F, Kruisdijk S, Goedhard L, Nijman HLI. Adaptieve Vragenlijst Verstandelijk Beperking. Den Dolder: Wier 2016.
- Moonen X, Verstegen D. LVG-jeugd met ernstige gedragsproblematiek in de verbinding van praktijk en wetgeving. Onderzoek en Praktijk 2006; 4: 23-8.
- Nieuwenhuis JG, Noorthoorn EO, Naarding P, Mulder CL A blind spot? Screening for mild intellectual disability and borderline intellectual functioning in admitted psychiatric patients: prevalence and associations with coercive measures PLOS ONE 2017; doi: 10.1371/journal.pone.0168847.
- Nieuwenhuis JG, Smits HJH, Noorthoorn EO, Mulder CL, Penterman EJM, Nijman HLI. Not recognized enough: the effects and associations of trauma and intellectual disability in severely mentally ill outpatients Eur Psychiatry 2019; 58: 63-9.
- Nijman HLI, Kaal HL, van Scheppingen L, Moonen XM. Development and testing of a Screener for Intelligence and Learning Disabilities (SCIL). J Appl Res Intellect Disabil 2018; 31: e59-67.
- Seelen-de Lang BL, Smits HJH, Penterman BJM, Noorthoorn EO, Nieuwenhuis JG, Nijman HLI. Screening for intellectual disabilities and borderline intelligence in Dutch outpatients with severe mental illness. J Appl Res Intellect Disabil. 2019; doi: 10.1111/jar.12599.
- Tassé MJ, Schalock RL, Balboni G, Bersani H Jr, Borthwick-Duffy SA, Spreat S, e.a. The construct of adaptive behaviour: its conceptualization, measurement, and use in the field of intellectual disability. Am J Intellect Dev Disabil 2012; 117: 291-303.
- Wieland J, Aldenkamp E, van den Brink A. Behandeling van patiënten met een laag IQ in de GGZ. Beperkt begrepen. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2017.

SUMMARY

Recognition and diagnosis in the intellectually impaired in mental health care

J.G. NIEUWENHUIS

BACKGROUND Recognition of intellectual abilities of a patient is essential for good treatment. However, this may be hard to achieve, even by experienced professionals.

AIM To educate professionals how to detect and diagnose intellectual impairment accompanied by an approximate knowledge on methods and pitfalls in establishing psychiatric diagnoses.

METHOD Several valid instruments for the screening of intellectual impairment in the Netherlands are described in conjunction with adjoining steps in the diagnostic process.

RESULTS To determine mild intellectual disability or borderline intellectual functioning by screening and testing intelligence and adaptive functioning, and by establishing an integrative diagnosis by including emotional as well as social level of functioning. Some pitfalls in the diagnostic process are discussed.

CONCLUSION Clinicians must be aware which tools to use to determine broad functioning of the patient and which further steps are necessary for a good diagnosis.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)11, 756-760

KEY WORDS clinical recognition, diagnosis, intellectual disability