

Verstandelijke beperking en kinder- en jeugdpsychiatrie

A. VOGELS

- ACHTERGROND** Kinderen met een verstandelijke beperking hebben een verhoogd risico op psychiatrische stoornissen. Deze comorbiditeit is lang miskend, ondergediagnosticeerd en onderbehandeld.
- DOEL** Bespreken van prevalentie, etiologie, klinisch beeld, diagnostisch onderzoek en behandeling van psychiatrische stoornissen bij kinderen met een verstandelijke beperking.
- METHODE** Literatuuronderzoek met PubMed en relevante boeken.
- RESULTATEN** De prevalentie van psychiatrische stoornissen bij kinderen met een verstandelijke beperking is verhoogd. De etiologie is multifactorieel en het klinisch beeld is atypisch. Het diagnostisch onderzoek omvat een beschrijving van de emotionele problemen en gedragsproblemen, cognitief onderzoek, een medisch en genetisch onderzoek en bevraging van de omgevingsfactoren. De behandeling bestaat uit psychofarmacotherapie en psychotherapie.
- CONCLUSIE** De diagnose en behandeling van de psychiatrische problematiek vergt specifieke deskundigheid waarbij men rekening houdt met het complexe klinisch beeld eigen aan kinderen met beperkte cognitieve en verbale mogelijkheden.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)12, 907-911

TREFWOORDEN kinderen, kinder- en jeugdpsychiatrie, verstandelijke beperking



Vroeger werd verstandelijke beperking opgevat als een ongeneeslijke psychiatrische stoornis. Vanaf de jaren zeventig ontstond kritiek op deze medicalisering. Vanaf die tijd werd verstandelijke beperking beschouwd als een ‘beschadiging van het leervermogen’ en gedragsproblemen waren het gevolg van een verstoord opvoedingspatroon. De begeleiding werd het exclusieve terrein van pedagogen en psychologen (Mans 1998). De psychiatrische problematiek bij mensen met een verstandelijke beperking werd verwaarloosd en vergeten. Het afgelopen decennium heeft men ingezien dat deze orthopedagogische aanpak niet tegemoetkwam aan de complexe problematiek van de persoon met een verstandelijke beperking. Tegenwoordig wordt algemeen aanvaard dat gedragsproblemen de uiting van een onderliggende psychiatrische aandoening kunnen zijn (Vogels & Kasius 2014). Het doel van dit artikel is een overzicht te geven van de stand van zaken aangaande het onderzoek bij kinderen

met een verstandelijke beperking met een psychiatrische stoornis.

Definitie

De benaming ‘verstandelijke beperking’ wordt in Vlaanderen gebruikt voor personen met een intelligentiequotiënt (IQ) lager dan 70; in Nederland behoren kinderen met een IQ tussen 70 en 85 (zwakbegaafden) eveneens tot deze groep. Verstandelijke beperking wordt onderverdeeld in de volgende niveaus: ‘licht’ (IQ 55-70), ‘matig’ (IQ 40-55), ‘ernstig’ (IQ 25-40) en ‘diep’ (IQ < 25) (American Psychiatric Association 2013).

De DSM-5-criteria voor een verstandelijke ontwikkelingsstoornis zijn een actueel intellectueel tekort, een tekort in adaptief functioneren (conceptuele, sociale en praktische vaardigheden) en een ontstaan vóór de leeftijd van 18 jaar. Bij het bepalen van de ernst of het ‘niveau’ ligt de nadruk niet meer op het IQ, maar op de adaptieve vaardigheden.

Prevalentie

De prevalentie van verstandelijke beperking wordt wereldwijd geschat op 1 tot 4% (World Health Organization 2007). Onderzoek naar de prevalentie van psychiatrische problemen bij mensen met een verstandelijke beperking toont uiteenlopende resultaten, gaande van 10 tot 60% (Einfeld e.a. 2011).

Etiologie

De etiologie van verstandelijke beperking is onbekend bij 45 tot 63% van degenen met een lichte verstandelijke beperking en bij 30 tot 40% van degenen met een matige tot diepe verstandelijke beperking (Fletcher e.a. 2007).

De American Association of Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) verdeelt de oorzaken van verstandelijke beperking in drie categorieën: prenatale, perinatale en postnatale oorzaken (Schalock e.a. 2010).

Verschillende stressfactoren kunnen kinderpsychiatrische stoornissen uitlokken (Owen e.a. 2004): somatische problemen, veranderingen in de leefomgeving, zoals verhuizing, verandering van leefgroep of school, overlijden of vertrek van een belangrijk iemand, ziekte of ongeval, drukke leefomgeving, gebrek aan privacy, overvraging, conflicten tussen familieleden, verwaarlozing, mishandeling, seksueel misbruik, problemen met leeftijdgenoten zoals pesterijen, frustratie als gevolg van communicatieproblemen, lange wachtlijsten voor opvang en onmogelijkheid zelf te beslissen over de toekomst.

Ontwikkelingsstoornissen worden volgens DSM-5 gedefinieerd als verstandelijke beperking, communicatiestoornissen, autismespectrumstoornis, aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis, specifieke leerstoornissen, motorische stoornissen en andere ontwikkelingsstoornissen. De afgelopen jaren is het duidelijk geworden dat er een functioneel verband bestaat tussen de verschillende genen die belangrijk zijn voor het ontstaan van deze verschillende ontwikkelingsstoornissen. De bekendste functionele mechanismen zijn de synaptopathieën (Grant 2012). Nauwkeurig gevormde synaptische verbindingen tussen neuronen zijn de basis van een normale neurologische, cognitieve en emotionele ontwikkeling. Defecten in het functioneren van de synaps liggen aan de basis van veel ontwikkelingsstoornissen. Verschillende genen spelen een rol in de ontwikkeling en het functioneren van de synaps en een mutatie in één of meerdere van deze genen kan een synaptopathie geven met een of meerdere ontwikkelingsstoornissen als gevolg.

AUTEUR

ANNICK VOGELS, kinder- en jeugdpsychiater, Centrum Menselijke Erfelijkheid, Universitaire Ziekenhuizen Leuven.

CORRESPONDENTIEADRES

A. Vogels, Centrum voor Menselijke Erfelijkheid,
Herestraat 49, 3000 Leuven, België.
E-mail: Annick.Vogels@uzleuven.be

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 6-10-2015.

Klinisch beeld

VIGNET

Een moeder bezocht de kinderpsychiater met haar vierjarige zoon met het syndroom van Williams en een matige ontwikkelingsachterstand vanwege gedragsproblemen: de jongen wilde niet naar de kapper en vertoonde moeilijk gedrag bij aandringen. Na kinderpsychiatrisch onderzoek bleek de jongen hyperacusis te hebben, een kenmerk van het syndroom van Williams. Het geluid van de tondeuse veroorzaakte enorme angsten en bemoeilijkte het bezoek aan de kapper.

Ondanks de hoge prevalentie van psychiatrische stoornissen bij mensen met een verstandelijke beperking, worden de meeste kinderen doorverwezen wegens 'gedragsproblemen' (King e.a. 1994; Siegel e.a. 2012) zoals verbale en/of fysieke agressie, automutilatie, stereotiep gedrag, extreme en plotse stemmingswisselingen (Pogge e.a. 2014). Angststoornissen worden het vaakst gerapporteerd: deze komen voor bij 3 tot 22% van de kinderen en adolescenten met een verstandelijke beperking (Reardon e.a. 2015). Dezelfde symptomen kunnen binnen de verschillende intelligentiegroepen een andere betekenis hebben: agressief gedrag kan een eerste teken van verdriet zijn, de bewering van een adolescent dat hij autorijdt, kan een teken van grandiositeit zijn (Reiss e.a. 1982). Deze atypische klinische beelden leidden de laatste jaren tot een aanpassing van de diagnostische criteria: het Royal College of Psychiatrists (2001) introduceerde de *Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for use with adults with Learning Disabilities/Mental Retardation* (DC-LD). De European Association for Mental Health in Mental Retardation (MHMR) introduceerde de *Practice Guidelines for Assessment and Diagnosis of Mental Health Problems in Adults with Intel-*

lectual Disability (Deb e.a. 2001). De DSM-criteria werden door de Amerikaanse National Association for the Dually Diagnosed (NADD) in samenwerking met de American Psychiatric Association (American Psychiatric Association 2013) aangepast. In 2007 werd de eerste *Diagnostic Manual - Intellectual Disability* (DM-ID) gepubliceerd (Fletcher e.a. 2007).

Diagnostisch onderzoek

Het diagnostisch onderzoek omvat het vaststellen van gedragsproblemen, emotionele problemen, cognitief functioneren, een lichamelijk en genetisch onderzoek, een systeemonderzoek en het verzamelen van schoolinformatie (Verheij & Berden 2014).

VASTSTELLEN VAN GEDRAGSPROBLEMEN EN/OF EMOTIONELE PROBLEMEN

Dit omvat een beschrijving van de klachten door het kind zelf, een beschrijving door ouders en/of verzorgers en directe observatie van het gedrag (King e.a. 2014). De communicatie met het kind vraagt bijzondere vaardigheden: observatie van de non-verbale tekens, aanpassing van het taalgebruik aan het intellectueel niveau, gebruik van concrete, korte en eenvoudige vragen, steeds maar één vraag tegelijkertijd stellen en het antwoord herhalen en samenvatten.

De vraag 'Denk je dat je beschuldigd wordt van iets?' wordt onderverdeeld in kleinere vragen: 'Heeft iemand iets kwaads over jou gezegd?', 'Wat denk je dat je gedaan hebt?', 'Is het jouw schuld?', 'Zeggen anderen dat het jouw schuld is?', 'Denk je dat je een straf verdient?'...

Kinderen met een verstandelijke beperking geven vaak sociaal wenselijke antwoorden. De meeste gezinnen wenen aan het moeilijke gedrag en minimaliseren de problemen. Clinici en hulpverleners zien gedragsproblemen vaak als 'eigen aan de verstandelijke beperking': *diagnostic overshadowing* (Reiss e.a. 1982). Andere problemen bij de interpretatie van symptomen zijn:

- *baseline exaggeration*: als gevolg van een psychiatrische stoornis neemt een reeds langer bestaand gedragsprobleem toe in frequentie en intensiteit;
- *intellectual distortion*: als gevolg van de tekorten in abstract denken en expressieve taalvaardigheden begrijpt de patiënt de vraag niet goed en geeft een misleidend antwoord;
- *psychosocial masking*: beperkte levenservaringen en sociale vaardigheden kleuren de inhoud van de psychiatrische symptomen;
- *cognitive desintegration*: verlaagde drempel voor overrompelende angsten (Sovner 1986).

COGNITIEF ONDERZOEK

Voor een uitgebreide beschrijving van de richtlijnen voor het gebruik van gestandaardiseerde testen verwijs ik naar de boeken van Verhulst e.a. (2014), Kraijer en Plas (1998) en Pesch en Ponsioen (2004).

LICHAMELIJK ONDERZOEK

Visusproblemen, gehoorproblemen en neurologische problemen kunnen een gedragsverandering geven. Gastro-intestinale reflux, obstipatie en cariës veroorzaken pijn én moeilijk gedrag bij patiënten met een ernstige en diepe verstandelijke beperking. Automutilatie bij mensen met een diepe verstandelijke beperking gaat vaak gepaard met slaapstoornissen. Psychofarmaca zoals benzodiazepines, fenobarbital, antipsychotica, anticonvulsiva, en middelen zoals antihypertensiva, oogdruppels voor glaucoom (bèta-adrenerge blokkers) en antihistaminica kunnen (toename van) gedragsproblemen als bijwerking veroorzaken.

ONDERZOEK NAAR DE OORZAAK VAN DE VERSTANDELIJKE BEPERKING

Richtlijnen voor doorverwijzing werden opgesteld door de sectie Erfelijke en Aangeboren Aandoeningen van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (2005): Richtlijnen voor de initiële etiologische diagnostiek bij kinderen met een globale ontwikkelingsachterstand en mentale retardatie. Deze adviseren kinderen zonder bijzondere uiterlijke kenmerken door te verwijzen naar de kinderneuroloog, oogarts en kno-arts en kinderen met bijzondere uiterlijke kenmerken te laten onderzoeken door een klinisch geneticus.

ONDERZOEK VAN DE OMGEVINGSFACTOREN

Vraag systematisch naar stresserende en beschermende omgevingsfactoren. Een systeemonderzoek en het verzamelen van schoolinformatie zijn onontbeerlijk.

Behandeling

PSYCHOFARMACA

Hanteer bij het voorschrijven van psychofarmaca de volgende basisregel: start medicatie op in een zeer lage dosis en voer deze nadien langzaam op volgens het 'start low, go slow'-principe. Nadien zijn intensieve follow-up en monitoring aangewezen. Dit omdat kinderen met een verstandelijke beperking meestal gevoeliger zijn voor de effecten van psychofarmaca en de bijwerkingen.

Kinder- en jeugdpsychiaters schrijven voor kinderen met een verstandelijke beperking vaak off-labelmedicatie voor, ook al is er beperkte wetenschappelijke informatie over

langetermijneffecten, veiligheid en aangewezen dosering bij deze doelgroep. Enkel risperidon heeft een Europese goedkeuring voor de behandeling van agressie bij kinderen met een verstandelijke beperking tussen 5 en 17 jaar (Persico e.a. 2015). Risperidon heeft een controlerend effect op hyperactiviteit, aandachtsproblemen, impulsiviteit, prikkelbaarheid, agressie, automutilatie en repetitief gedrag. Somnolentie, gewichtstoename, verhoogde prolactinewaarden met galactorroe en gynaecomastie zijn belangrijke bijwerkingen, zelfs bij lage dosis. Het maligne anti-psychoticasyndroom heeft een hogere mortaliteit bij mensen met een verstandelijke beperking dan bij normaal begaafden. De volgende psychofarmaca hebben een Europese goedkeuring bij normaal begaafde kinderen: aripiprazol bij schizofrenie (> 14 jaar), amfetamines, methylfenidaat en atomoxetine bij ADHD (> 5 jaar), fluoxetine en sertraline bij majeure depressie (respectievelijk > 9 jaar en > 6 jaar), fluvoxamine bij obsessieve-compulsieve stoornis (> 9 jaar), risperidon bij agressie (> 6 jaar), ziprasidon bij bipolaire stoornis, manische of gemengde episode (> 11 jaar, maar niet in alle Europese landen).

PSYCHOTHERAPIE

Niet alle kinderen met een verstandelijke beperking komen in aanmerking voor psychotherapie: men moet rekening houden met het cognitief niveau, de bekwaamheid om relaties aan te gaan en de communicatieve vaardigheden (Kolaitis 2008). Vooral op de omgeving toegepaste behandelvormen zoals mediatietherapie, cognitieve gedragstherapie en ontspanningsoefeningen komen in aanmerking.

Conclusie

Het laatste decennium is de kennis over verstandelijke beperking en (kinder)psychiatrische stoornissen met grote sprongen vooruitgegaan. Zowel omgevingsfactoren als genetische factoren spelen een rol. Het diagnostisch onderzoek van een kind met een verstandelijke beperking vraagt specifieke vaardigheden van de kinder- en jeugdpsychiater met gebruik van aangepaste criteria. De kennis over het gebruik en effecten van psychofarmacotherapie en psychotherapie bij kinderen met een verstandelijke beperking is beperkt.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. DSM-5 Development. 2013. <http://www.dsm5.org>.
- Deb S, Matthews T, Holt G, Bouras N. Practice guidelines for assessment and diagnosis of mental health problems in adults with intellectual disability. London: Pavilion Press; 2001.
- Einfeld SL, Ellis LA, Emerson E. Comorbidity of intellectual disability and mental disorder in children and adolescents: a systematic review. *J Intellect Dev Disabil* 2011; 36: 137-43.
- Fletcher R, Loschen E, Stavarakaki C, First M. Diagnostic Manual-Intellectual Disability (DM-ID): a textbook of diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability. Kingston: NAPP Press (National Association for the Dually Diagnosed); 2007.
- Grant SG. Synaptopathies: diseases of the synaptome. *Curr Opin Neurobiol* 2012; 22: 522-9.
- King BH, de Lacy N, Siegel M. Psychiatric assessment of severe presentations in autism spectrum disorders and intellectual disability. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2014; 23: 1-14.
- King BH, DeAntonio C, McCracken JT, Forness SR, Ackerland V. Psychiatric consultation in severe and profound mental retardation. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1802-8.
- Kolaitis G. Young people with intellectual disabilities and mental health needs. *Curr Opin Psychiatry* 2008; 21: 469-73.
- Kraijer DW, Plas JJ. Psychodiagnostiek in de zorg voor verstandelijk gehandicapte mensen: Classificatie, test- en taalgebruik. Lisse: Swets & Zeitlinger; 1998.
- Mans I. Vijf eeuwen cultuurgeschiedenis van zotten, onnozelen en zwakzinnigen. Amsterdam: Bert Bakker; 1998.
- Nederlandse Vereniging voor Kindergerneeskunde (NVK). Evidence based richtlijn voor de initiële etiologische diagnostiek bij kinderen met een globale ontwikkelingsachterstand/mentale retardatie. 2005. <http://www.kwaliteitskoepel.nl/assets/structured-files/NVK/initiele+etiologische+diagnostiek+bij+kinderen+met+een+globale+ontwikkelingsachterstand+mentale+retardatie.pdf>
- Owen DM, Hastings RP, Noone SJ, Chinn J, Harman K, Roberts J, e.a. Life events as correlates of problem behavior and mental health in a residential population of adults with developmental disabilities. *Res Dev Disabil* 2004; 25: 309-20.
- Persico AM, Arango C, Buitelaar JK, Correll CU, Glennon JC, Hoekstra PJ, e.a. Unmet needs in paediatric psychopharmacology: Present scenario and future perspectives. *Eur Neuropsychopharmacol* 2015; 25: 1513-31.
- Pesch W, Ponsioen A, Flinterdunne en flagrante Flynn-effecten bij licht verstandelijk gehandicapte kinderen. Aanbevelingen voor het gebruik van de WISC-III. *De Psycholoog* 2004; 39: 64-8.
- Pogge DL, Stokes J, Buccolo ML, Pappalardo S, Harvey PD. Discovery of previously undetected intellectual disability by psychological assessment: a study of consecutively referred child and adolescent psychiatric inpatients. *Res Dev Disabil* 2014; 35: 1705-10.

- Reardon TC, Gray KM, Melvin GA. Anxiety disorders in children and adolescents with intellectual disability: prevalence and assessment. *Res Dev Disabil* 2015; 36: 175-90.
- Reiss S, Levitan GW, Szyszko J. Emotional disturbance and mental retardation: diagnostic overshadowing. *Am J Ment Defic* 1982; 86: 567-74.
- Royal College of Psychiatrists. DC-LD (Diagnostic Criteria for psychiatric disorders for use with adults with Learning Disabilities/Mental Retardation). London: Gaskell; 2001.
- Schalock RL, Borthwick-Duffy SA, Bradley VJ, Bukntinx WHE, Coulter DL, Craig EM, e.a. *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports* (11th ed). Washington: AAIDD; 2010.
- Siegel M, Doyle K, Chemelski B, Payne D, Ellsworth B, Harmon J e.a. Specialized inpatient psychiatry units for children with autism and developmental disorders: a United States survey. *J Autism Dev Disord* 2012; 42: 1863-9.
- Sovner R. Limiting factors in the use of DSM-III criteria with mentally ill/mentally retarded persons. *Psychopharmacol Bull* 1986; 22: 1055-9.
- Verheij F, Berden GFMG. Diagnostisch proces. In: Verheij F, Verhulst FC, Danckaerts M, red. *Kinder- en jeugdpsychiatrie*. Assen: Van Gorcum; 2014.
- Verhulst F, Verheij F, Danckaerts M. *Kinder- en jeugdpsychiatrie*. Van Gorcum; 2014.
- Vogels A, Kasius M. Verstandelijke beperking en kinderpsychiatrie. In: Verheij F, Verhulst FC, Danckaerts M, red. *Kinder- en jeugdpsychiatrie*. Assen: Van Gorcum; 2014.
- World Health Organization. *Atlas: Global Resources for Persons with Intellectual Disabilities*. Geneva: WHO; 2007.

SUMMARY

Intellectual developmental disorder and child psychiatry

A. VOGELS

BACKGROUND Intellectually disabled children have a high risk of developing psychiatric disorders. Until recently, this comorbidity was not recognised and remained undiagnosed and untreated.

AIM To give an overview of the prevalence, etiology, clinical symptoms, diagnostic assessment and treatment of psychiatric disorders in intellectually disabled children.

METHOD Research of the scientific literature through PubMed and books.

RESULTS There is an increased prevalence of psychiatric disorders in intellectually disabled children. The etiology is multifactorial and the clinical symptoms are atypical. Diagnosis is based on a multitude of factors and many types of assessment. The latter include the assessment of emotional and behavioral problems, cognitive functioning, medical and genetic background and the role played by environmental factors. Most psychiatric disorders are treated with psychopharmacological medication and psychotherapy.

CONCLUSION The diagnosis and treatment of the psychiatric problems in intellectually disabled children requires specific expertise, taking into account the complex clinical image inherent to children with impaired cognitive and verbal possibilities.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)12, 907-911

KEY WORDS children, child psychiatry, intellectual disability