

# Lithium bij patiënten met een lichte verstandelijke beperking

M. OTTER, T.A.M.J. VAN AMELSVOORT

**SAMENVATTING** In de psychiatrische zorg voor mensen met een lichte verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid worden soms ten onrechte symptomen van behandelbare aandoeningen verward met gedrag dat past bij het niveau van functioneren. Wij zagen twee patiënten bij wie lithiumtherapie een significante bijdrage leverde aan (gedeeltelijk) herstel. Het ging om een patiënte met een bipolaire stoornis en een patiënte met een depressie met suïcidaliteit, in beide gevallen met een comorbide lichte verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)7, 531-534

**TREFWOORDEN** lithiumtherapie, verstandelijke beperking, zwakbegaafdheid



Psychiatrische zorg voor patiënten met een lichte verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid (beide afgekort in de term lVB) kan behoorlijk complex zijn. Daardoor bestaat het gevaar dat patiënten met relatief eenvoudig te herkennen psychiatrische aandoeningen een behandeling onthouden wordt. Dat gebeurt wanneer het gedrag, de gedragsproblemen en de klachten van de patiënt ten onrechte beschouwd worden als inherent onderdeel van de sociale aanpassingsproblemen die we kennen van mensen met een verstandelijke beperking (*diagnostic overshadowing*). Het gevolg kan zijn dat een patiënt dan verwezen wordt naar een niet-medische organisatie voor mensen met een beperking, zoals organisaties voor woonondersteuning of maatschappelijk werk.

Wij willen aan de hand van twee casussen illustreren dat psychiatrische diagnostiek en behandeling van groot belang zijn. In beide casussen draait het om de behandeling met lithium.

## GEVALSBESCHRIJVINGEN

### Patiënte A

#### REDEN VAN AANMELDING

Patiënte A, een 47-jarige vrouw, werd door de huisarts verwezen op verzoek van woonbegeleiders in de beschermde woonvorm voor mensen met een lVB. Patiënte was daar komen wonen op advies van de ambulante ggz waar zij een aantal jaren daarvoor kortdurend behandeld

was, eerst door de crisisdienst en later door het team sociale psychiatrie. Bij onderzoek was destijds een stemmingsstoornis vastgesteld, een borderlinepersoonlijkheidsstoornis bij een voorgeschiedenis met zeer ernstig seksueel misbruik in de vroege jeugd en een lVB. Lichamelijk was zij gezond. Op het werk (sociale werkvoorziening) viel ze meerdere maanden per jaar uit vanwege vermoeidheid en depressieve klachten.

#### GEGEVENS BIJ INTAKE

Bij intake vielen de relatieproblemen op die steeds een op en neer gaande lijn vertoonden die parallel liep met de stemming. Bij het verbreken van een relatie speelde steeds een periode van depressieve stemming. Bij het aangaan van een relatie leek er steeds sprake van impulsiviteit, ontremming en verminderde behoefte aan slaap. Deze fenomenen werden steeds psychologisch verklaard.

#### PSYCHIATRISCH ONDERZOEK

De antwoorden op de stemmingsstoornisvragenlijst (MDQ-NL) (Postma & Schulte 2008) waren aanleiding tot afname van de *Life Chart Method Self-Rating - retrospective -3 jaar* (LCM-SR-retrosp-3 jaar) (Kupka e.a. 1997). Deze bleek sterk suggestief te zijn voor een bipolaire stoornis.

#### BELOOP VAN DE BEHANDELING

Na psycho-educatie en de gebruikelijke bloedcontroles werd zij ingesteld op lithium. Er bleek bij herhaling een lage concentratie vrij thyroxine (fT4) en een te hoge con-

centratie thyreotropine (TSH), waarvoor endocrinologisch onderzoek werd verricht.

Bij een dosis van 1000 mg lithium was de lithiumspiegel 0,9 mmol/l. Daarmee stabiliseerde haar gedrag. Ze bouwde haar werk langzaam op tot 5 x 6 uur per week. Voorheen vertoonde zij in relaties en op haar werk een 'alles of niets'-patroon.

Er bleven korte perioden van terugtrekken in de slaapkamer en op bed, maar die gaven geen aanleiding meer tot handelingsverlegenheid bij de woonbegeleiders en niet meer tot ziekmeldingen op het werk.

Conclusie: het functioneren van patiënte was sterk verbeterd sinds de start van behandeling met lithium.

## Patiënte B

### REDEN VAN AANMELDING

Patiënte B, een 21-jarige vrouw met zwakbegaafdheid, werd verwezen voor nazorg na een klinische behandeling in een gespecialiseerde setting voor patiënten met psychiatrische behandeling en lvb. Zij was opgenomen vanwege suïcidaliteit na het overlijden van haar vader door suicide. Haar vader had een borderlinepersoonlijkheidsstoornis en gebruikte overmatig alcohol. Een broer van de vader had een verstandelijke beperking en gedragsproblemen. Van de moeder van haar vader was bekend dat zij psychiatrische problemen had die zouden lijken op die van patiënte inclusief de wisselende stemming.

Bij patiënte was een stoornis in het autistische spectrum uitgesloten. Een borderlinepersoonlijkheidsstoornis werd als werkdiagnose gehanteerd. Klinisch genetisch onderzoek had geen diagnose opgeleverd. De medicamenteuze behandeling van de depressie was niet effectief gebleken. Agomelatine, sertraline en citalopram leidden tot toename van suïcidaal gedrag en tot wanen en hallucinaties; deze middelen waren gestaakt.

### GEGEVENS BIJ INTAKE

Bij aanmelding was er een gemengd angstig en depressief beeld met suïcidale gedachten en gedragingen en dwangmatig denken en handelen. Patiënte gebruikte met enig effect olanzapine. Ondanks dit olanzapinegebruik werd 1-4 keer per maand met spoed hulp gezocht vanwege suïcidale gedachten en gedragingen.

### AANVULLEND ONDERZOEK

In de begeleiding op de dagbesteding en in de woonsituatie viel op dat patiënte meer nabijheid nodig had dan op grond van de verstandelijke vermogens verwacht zou worden. Zij had van kinds af aan in diverse instellingen gewoond vanwege haar intensieve begeleidingsbehoefte. Professio-

## AUTEURS

**MAARTEN OTTER**, psychiater, Trajectum, Zutphen.

**THERESE VAN AMELSVOORT**, hoogleraar

Transitiepsychiatrie, afd. Psychiatrie en Psychologie, School for Mental Health and Neuroscience, Universiteit Maastricht.

### CORRESPONDENTIEADRES

M. Otter, Trajectum, afd. Extramuraal behandeling en begeleiding, Postbus 300, 7200 AH Zutphen.

E-mail: motter@trajectum.info

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 3-3-2015.

nele zorgverleners en anderen gaven unaniem aan dat de ondersteuningsbehoefte nog steeds maximaal was.

### BELOOP

Aangezien bij patiënte olanzapine enig effect op de angstsymptomen liet zien, verhoogden we de dosering hiervan. Daarop kreeg ze echter acathisie, bij een niet te bepalen lage bloedspiegel. Tijdens het afbouwen van olanzapine ontstonden stemmingsschommelingen; mogelijk hing het gunstige effect van de olanzapine samen met de stemmingsstabiliserende werking ervan.

Op grond van de informatie die we gaven over het bijwerkingenprofiel van valproïnezuur en lithium koos zij in overleg met haar moeder voor het starten met valproïnezuur als stemmingsstabilisator. Bij 900 mg valproïnezuur per dag en een bloedspiegel van 78 mg/l zagen we enige stemmingsstabiliteit, maar geen afname van suïcidaliteit. Aangezien van lithium antisuïcidale effecten beschreven zijn, voegden we dit toe. Bij 800 mg lithium was de bloedspiegel 0,80 mmol/l. De belangrijkste bijwerking was gewichtstoename: de *body mass index* (BMI) steeg van 20 naar net boven de 25. Uiteindelijk nam de suïcidaliteit zo sterk af dat spoedhulp vanwege suïcidaliteit slechts incidenteel nodig was.

Conclusie: patiënte toonde enigszins verbeterd functioneren na het starten van een behandeling met lithium.

## DISCUSSIE

### Lithiumbehandeling bij mensen met verstandelijke beperking

De enige dubbelblind gerandomiseerde studie betreffende lithiumbehandeling bij mensen met een (l)vb gaat over

slechts 14 patiënten (Naylor e.a. 1974). De conclusie van deze studie was dat gedurende twee jaar behandeling evenveel episoden met ontregelde stemming bleven optreden, maar dat er significant minder weken met ziekteverschijnselen waren. Het effect was het beste bij de patiënten met een bipolaire stoornis. Dit komt overeen met onze ervaring bij patiënte A. De studie van Naylor e.a. geeft ook een kort overzicht van de literatuur.

Voor een uitgebreider overzicht van de literatuur zijn er alleen hoofdstukken uit boeken beschikbaar (Bierbrauer e.a. 2006; Dosen 2005; Gualtieri 2002; Poindexter e.a. 1998). Nagenoeg alle publicaties over lithium bij mensen met een verstandelijke beperking betreffen *case series*, vrijwel zonder uitzondering betreffende lithiumbehandeling bij agressieve gedragsproblemen.

In vier Nederlandse richtlijnen heeft lithium een plek in de behandeling: in de richtlijn Behandeling van bipolaire stoornissen (Nolen e.a. 2008), in de multidisciplinaire richtlijn Depressie (Spijker e.a. 2013), in de richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen (Landelijke Stuurgroep 2008) en in de multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (van Hemert e.a. 2012). In geen van deze richtlijnen wordt het woord 'zwakbegaafd' of 'verstandelijk beperkt' genoemd.

### Verdere overwegingen

Tot slot enkele opmerkingen. In de beide casussen die we beschreven hebben, is er sprake van ingewikkelde differentiële diagnostiek van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis en bipolaire stoornis (John & Sharma 2009; Perugi e.a. 2011).

Op grond van de hoeveelheid literatuur valt er iets voor te

zeggen om valproïnezuur als stemmingsstabilisator van eerste keuze bij mensen met een verstandelijke beperking voor te schrijven (Aman e.a. 2004; Poindexter e.a. 1998; Verhoeven & Tuinier 2001).

Conform de *Diagnostic Criteria – Learning Disabilities* (DC-LD) dient psychiatrisch onderzoek in de psychiatrische diagnostiek en behandeling van mensen met een verstandelijke beperking (vb) gepaard te gaan met een bepaling van het intelligentieniveau en met syndroomdiagnostiek (DC-LD 2001). Eerder is in dit tijdschrift aandacht besteed aan het thema diagnostiek bij verstandelijke beperking (Verhoeven e.a. 2009; Wieland e.a. 2014). Voor een overzicht omtrent syndroomdiagnostiek verwijzen we naar elders (Verhoeven & Egger 2014).

### CONCLUSIE

We hopen dat de *doctors delay* voor patiënten met een lichte verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid en een (met lithium) behandelbare psychiatrische stoornis korter zal zijn na het lezen van deze gevalbeschrijvingen. In het geval van patiënte A kan het effect zonder meer goed genoemd worden. Het enige wat zij en haar bedrijfsarts zich afvragen, is waarom het zo lang heeft moeten duren voor ze lithium voorgeschreven kreeg. In het geval van patiënte B is de psychiatrische stoornis voor de woonbegeleiders en patiënte zelf significant beter hanteerbaar geworden. Reden genoeg om lithium in dergelijke casussen een kans van slagen te gunnen. En wat ons betreft meer dan genoeg reden om de wetenschappelijk achterstand in te gaan lopen in de psychiatrie voor mensen met een verstandelijke beperking. Dat mag ook in de richtlijnen tot uitdrukking komen.

### LITERATUUR

- Aman MG, Crimson ML, Frances A, King BH, Rojahn J. Treatment of psychiatric and behavioral problems in individuals with mental retardation: an update of the expert consensus guidelines. Expert Consensus Guidelines, LLC; 2004.
- Bierbrauer J, Nilsson A, Müller-Oerlinghausen B, Bauer M. Therapeutic and prophylactic effects of lithium on pathological aggression: patients with mental handicap. In: Bauer M, Grof P, Müller-Oerlinghausen B, red. Lithium in neuropsychiatry: the comprehensive guide. Londen: Taylor & Francis; 2006. p. 231-2.
- DC-LD. Diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation. London: Gaskell Press; 2001.
- Dosen A. Stemmingsstoornissen bij mensen met een verstandelijke handicap. In: Dosen A. Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap; een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen. Assen: Van Gorcum; 2005. p. 284-309.
- Gualtieri CT. Lithium salts. In: Gualtieri CT. Brain injury and mental retardation: psychopharmacology and neuropsychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002. p. 375-80.
- Hemert AM van, Kerkhof AJFM, de Keijser J, Verwey B, van Boven C, Hummelen JW, e.a. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: De Tijdstroom; 2012.
- John H, Sharma V. Misdiagnosis of bipolar disorder as borderline personality disorder: clinical and economic consequences. World J Biol Psychiatry 2009; 10: 612-5.
- Kupka RW, Akkerhuis GW, Nolen WA, Honig A. De Life-chart methode voor de manisch-depressieve stoornis. Tijdschr Psychiatr 1997; 39: 232-40.

- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ Multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Utrecht Trimbos-instituut; 2008.
- Naylor GJ, Donald JM, Le Poidevin D, Reid AH. A double-blind trial of long-term lithium therapy in mental defectives. *Br J Psychiatry* 1974; 124: 52-7.
- Nolen WA, Kupka RW, Schulte PFJ, Knoppert-van der Klein EAM, Honig A, Reichart RA, e.a.. Richtlijn bipolaire stoornissen (2de herz. versie). Utrecht: De Tijdstroom; 2008.
- Perugi G, Fornaro M, Akiskal HS. Are atypical depression, borderline personality disorder and bipolar II disorder overlapping manifestations of a common cyclothymic diathesis? *World Psychiatry* 2011; 10: 45-51.
- Poindexter AR, Cain N, Clarke DJ, Cook EH Jr, Corbett JAL. Mood stabilizers. In: Reiss S, Aman MG, red. *Psychotropic medications and developmental disabilities: the international consensus handbook*. Columbus: Nisonger centre; The Ohio state University; 1998. p. 215-27.
- Postma DH, Schulte, PFJ. De stemmingsstoornisvragenlijst (MDQ-NL), een hulpmiddel voor betere herkenning van een bipolaire stoornis. *Ned Tijdschr Geneesk* 2008; 152: 1865-70.
- Spijker J, Bockting CLH, Meeuwissen JAC, Vliet IM van, Emmelkamp PMG, Hermens MLM, e.a.. Multidisciplinaire richtlijn depressie (3de revisie); versie 1.0; richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis. Utrecht: Trimbos-instituut; 2013.
- Verhoeven WMA, Egger JIM. Aetiology based diagnosis and treatment selection in intellectually disabled people with challenging behaviours. *Intellect Disabl Diagn J* 2014; 2: 83-93.
- Verhoeven WMA, Tuinier S. Cyclothymia or unstable mood disorder? A systematic treatment evaluation with valproic acid. *J Appl Res Intellect Disabil* 2001; 14: 147-54.
- Verhoeven WMA, Tuinier S, Egger JIM. Een algoritme voor psychofarmaca bij verstandelijk gehandicapten: psychiatrische diagnostiek in drie stappen. *Tijdschr Psychiatr* 2009; 51: 161-71.
- Wieland J, Kapitein S, Otter M, Baas RW. Diagnostiek van psychiatrische stoornissen bij mensen met een (zeer) lichte verstandelijke beperking. *Tijdschr Psychiatr* 2014; 56: 463-70.

## SUMMARY

# Lithium therapy in patients with mild mental retardation

M. OTTER, T.A.M.J. VAN AMELSVOORT

In the psychiatric treatment of patients with mild learning disabilities or borderline intellectual functioning, signs and symptoms of psychiatric disorders are sometimes misinterpreted as behaviour that reflects problems that are known to patients with mental retardation. We report on two case studies in which lithium therapy made a substantial contribution to (partial) recovery. One patient had bipolar disorder and the other had a major depressive disorder combined with suicidal behaviour. Each patient also had a mild learning disability or borderline intellectual functioning.

TUJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)7, 531-534

**KEY WORDS** borderline intelligence, learning disabilities, lithium therapy