

Zwakbegaafdheid in de GGZ. Een explorerend onderzoek<sup>1</sup>

Jannelien Wieland<sup>a,b</sup> & Frans Zitman<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Poli<sup>+</sup>, psychiatrie + verstandelijke beperking, Ir. Driessenstraat 94-G, 2312 KZ, Leiden

<sup>b</sup>Cordaan, Postbus 1103, 1000 BC Amsterdam

<sup>c</sup>Leids Universitair Medisch Centrum, afdeling psychiatrie, Postbus 9600, 2300 RC, Leiden

Correspondentieadres: Poli<sup>+</sup>, psychiatrie + verstandelijke beperking. T.a.v. Dr. Jannelien

Wieland, Ir. Driessenstraat 94-G, 2312 KZ Leiden. E-mail: [J.wieland@poli-plus.nl](mailto:J.wieland@poli-plus.nl)

<sup>1</sup> Dit artikel is een bewerkte samenvatting van (resultaten uit) het proefschrift: J. Wieland, *Psychopathologie in borderline intellectual functioning. Explorations in secondary mental health care*, 2016.

## Inleiding

Psychische stoornissen komen veel voor bij mensen met zwakbegaafdheid. Met zwakbegaafdheid bedoelen we een niveau van intellectueel functioneren dat lager is dan bij gemiddelde intelligentie en hoger dan bij een verstandelijke beperking. Een verstandelijke beperking wordt gedefinieerd als een intelligentie quotiënt (IQ) van 2 of meer standaard deviaties (SD) onder het gemiddelde van 100 op de normaalverdeling met daarbij beperkingen in het adaptieve functioneren, ontstaan voor het 18<sup>e</sup> levensjaar. Zwakbegaafdheid wordt gedefinieerd als een IQ tussen 1 en 2 SD onder het gemiddelde. Grofweg komt dit overeen met een IQ op een gestandaardiseerde IQ test tussen 70-85. Volgens de normaalverdeling valt 13,6% van de bevolking in deze categorie; ofwel meer dan 2 miljoen Nederlanders.

Maar zwakbegaafdheid is veel meer dan alleen een ‘lage score’ op een IQ test. Het is niet simpel om precies uit te leggen wat zwakbegaafdheid inhoudt en het classificeren van zwakbegaafdheid is sinds de komst van DSM-5 feitelijk zelfs onmogelijk geworden (APA, 2014). Zwakbegaafdheid is altijd een ingewikkeld begrip geweest. In de verschillende edities van de *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (DSM), het meest gebruikte classificatiesysteem voor psychische stoornissen, heeft de classificatie zwakbegaafdheid in één of andere vorm altijd een plek gehad. Maar de classificatie heeft onder verschillende namen en op verschillende plekken in de DSM gestaan. Zo was zwakbegaafdheid, toen lichte mentale retardatie genoemd, in de eerste edities van de DSM de lichtste vorm van wat we nu

een verstandelijke beperking noemen (APA, 1952). Het was dus een stoornis. Vanaf de derde editie van de DSM, DSM-III, werd zwakbegaafdheid niet langer gezien als het hoogste niveau van wat men toen zwakzinnigheid noemde (APA, 1980). Deze plek werd nu ingenomen door lichte zwakzinnigheid (IQ 50-70). Later is dit lichte verstandelijke beperking (LVB) gaan heten. Zwakbegaafdheid werd vanaf die tijd een zogenoemde V-code.

V-codes worden gebruikt voor andere problemen of aandoeningen die in verband staan met een in de DSM beschreven psychische stoornis. Dat zwakbegaafdheid een V-code werd, betekende dat het niet langer beschouwd werd als een stoornis. Immers, V-codes worden in de DSM gedefinieerd als 'bijkomende problemen die een reden voor zorg kunnen zijn'. Het gaat dus niet om stoornissen. Daar komt bij dat de IQ-grenzen (en dus de criteria) van de classificatie sinds de eerste DSM meerdere malen zijn aangepast. Wat het extra lastig maakt is dat er in de nieuwste versie van de DSM, de DSM-5, geen IQ grenzen meer gegeven worden voor zwakbegaafdheid. Daarmee is het feitelijk onmogelijk geworden om zwakbegaafdheid te classificeren met behulp van de DSM.

Ondertussen vormen zwakbegaafde mensen een kwetsbare groep in de maatschappij én in de geestelijke gezondheidszorg (GGz). Ze hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van psychische problemen en psychische stoornissen (o.a. Chen e.a., 2006; Hassiotis e.a., 2008; Gigi e.a., 2014). Tegelijkertijd gaat het om een grotendeels verborgen groep in de GGz. Zwakbegaafdheid wordt zelden door behandelaren herkend en zwakbegaafden zijn grotendeels onzichtbaar in wetenschappelijk onderzoek.

In dit hoofdstuk beschrijven we de resultaten uit ons onderzoek van de afgelopen jaren naar de aard en ernst van psychische symptomen en stoornissen bij mensen met zwakbegaafdheid die, in verband met ernstige psychische klachten, verwezen werden naar een gespecialiseerd centrum waar zwakbegaafdheid een specifiek aandachtspunt is. In dit onderzoek werd gebruik gemaakt van geanonimiseerde diagnostische informatie uit het officiële registratiesysteem van het elektronisch patiëntendossier, onderzochten we het nut en de psychometrische eigenschappen van de *Brief Symptom Inventory* (BSI) en gebruikten vervolgens *Routine Outcome Monitoring* (ROM)-gegevens van patiënten uit de 'reguliere' GGZ en patiënten met zwakbegaafdheid of een lichte verstandelijke beperking (LVB) om te symptoomprofielen en voorspellende factoren voor de uitkomst van behandeling te onderzoeken.

## **Belangrijkste resultaten uit het onderzoek**

Uit onderzoek naar het voorkomen van verschillende psychiatrische stoornissen bij zwakbegaafde poliklinische patiënten in vergelijking met patiënten met een LVB en patiënten onder behandeling in de ‘*reguliere*’ GGz kwamen een aantal verschillen naar voren (Wieland e.a., 2014). Depressieve stoornissen en psychotische stoornissen bleken minder vaak gediagnostiseerd te worden bij zwakbegaafde patiënten in vergelijking met patiënten in de ‘*reguliere*’ GGz. Posttraumatische stressstoornissen (PTSS) en V-codes kwamen, in vergelijking met patiënten in ‘*reguliere*’ zorg, vaker voor. In vergelijking met patiënten met een LVB kwamen psychotische stoornissen minder vaak voor. We ontdekten ook dat zwakbegaafde patiënten in de GGz heel vaak gediagnosticeerd worden met een persoonlijkheidsstoornis (53%) (Wieland e.a., 2015). Veel vaker dan patiënten in de ‘*reguliere*’ GGz (19%) en ook vaker dan patiënten met LVB (34%).

Uit onderzoek naar de toepasbaarheid van een veel gebruikte zelfrapportage vragenlijst in de psychiatrie, de BSI, bij mensen met een lager IQ bleek dat de BSI een goede interne consistentie heeft bij deze doelgroep (Wieland e.a., 2012). Discriminante validiteit werd aangetoond voor de subschalen *somberheid*, *angst* en *fobische angst*. Met confirmatieve factoranalyse, een statistische techniek waarmee je kunt onderzoeken hoe de verschillende vragen van een vragenlijst het beste gegroepeerd kunnen worden, lieten we zien dat de onderliggende factorstructuur van de BSI bij mensen met een laag IQ overeenkomt met de oorspronkelijke factorstructuur. We vonden dezelfde subschalen, zoals die eerder voor de BSI beschreven waren bij een groep mensen die niet waren geselecteerd op grond van hun IQ. Conclusie uit dit onderzoek was dat de BSI een goed bruikbare vragenlijst is voor het meten van psychische symptomen bij mensen met zwakbegaafdheid of LVB.

Het onderzoek daarna richtte zich op scores op de verschillende subschalen van de BSI en de BSI totaalscore van zwakbegaafde patiënten met de scores van mensen in de ‘*reguliere*’ GGZ en mensen met LVB (Wieland e.a., 2016). Er werd gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht. Uit dit onderzoek bleek dat zwakbegaafde depressieve patiënten minder ernstige depressieve klachten aangaven dan depressieve patiënten onder behandeling in de ‘*reguliere*’ GGZ. Ze gaven ook minder klachten aan op de subschalen *problemen in de cognitieve functies* en *teruggetrokkenheid*. Er waren geen significante verschillen in BSI scores tussen van zwakbegaafde patiënten met PTSS en patiënten met een LVB of patiënten uit de ‘*reguliere*’ GGz. Wel scoorden LVB patiënten met PTSS lager op de subschalen *depressie* en *teruggetrokkenheid* dan patiënten uit de ‘*reguliere*’ GGZ. De resultaten uit dit onderzoek impliceren dat hoewel de symptoomprofielen van zwakbegaafde patiënten met een

depressieve stoornis of PTSS grotendeels overeenkomen met die van andere patiënten, er mogelijk ook enkele unieke karakteristieken zijn.

Een laatste verkennende studie onderzocht het verband tussen geslacht, leeftijd, IQ en cluster B persoonlijkheidsstoornissen enerzijds en behandeluitkomst anderzijds bij poliklinische patiënten met stemmings-, angst- en somatoforme stoornissen. Hiervoor gebruikte we de resultaten zoals die werden vastgesteld met de BSI die tenminste twee keer was afgenomen: de eerste keer voor het begin van de behandeling en de tweede keer als de behandeling al een eind gevorderd was of beëindigd (Wieland e.a., 2017). Door het relatief kleine aantal patiënten (n = 93) waren de uitkomsten niet statistisch significant. Toch lijken de resultaten er op te wijzen dat vrouwen, jong volwassenen en patiënten met een comorbide cluster B persoonlijkheidsstoornis, minder goed reageren op behandeling in de GGz. Het maakte voor het effect van de behandeling niet uit of mensen zwakbegaafd waren of een LVB hadden.

### **Klinische implicaties**

Er is weinig aandacht voor zwakbegaafdheid in de GGz en er wordt nauwelijks onderzoek naar gedaan. Dat is vreemd. Zwakbegaafdheid komt namelijk veel voor. Het gaat om een grote minderheid, zowel in de maatschappij als in de GGz.

Een belangrijke uitkomst van ons onderzoek is de bruikbaarheid van de BSI bij patiënten met zwakbegaafdheid of een LVB. Omdat de BSI zowel bij mensen met een hoger als met een lager IQ gebruikt kan worden, kan er met behulp van deze vragenlijst gekeken worden naar overeenkomsten en verschillen tussen deze patiëntengroepen.

Uit ons onderzoek blijkt ook dat sommige psychiatrische stoornissen vaker of juist minder vaak worden vastgesteld bij zwakbegaafde patiënten dan bij patiënten in de ‘reguliere’ GGZ of bij patiënten met een LVB. Dit is belangrijke informatie omdat het invloed heeft op de manier waarop je de GGz voor deze groep patiënten organiseert. Het kan zijn dat er bepaalde psychische stoornissen vaker gemist worden of dat bij bepaalde psychische stoornissen de zwakbegaafdheid vaker gemist worden. Het zou goed zijn om dat verder te onderzoeken. Dat veel zwakbegaafde patiënten in de GGz een PTSS hebben, betekent wel dat er behoefte is aan goed opgeleide behandelaren, die weten hoe ze behandelingen voor PTSS kunnen toepassen, toegespitst op mensen met een lager IQ. En dat zwakbegaafde patiënten vaak gediagnosticeerd worden met een persoonlijkheidsstoornis betekent dat ook daar aangepaste behandelingen nodig zijn.

Het is overigens niet zo dat bestaande richtlijnen en protocollen niet bruikbaar zijn bij mensen met een lager IQ. Maar er zijn wel aanpassingen nodig. Met name in de bejegening en communicatie. Zo moeten behandelingen bijvoorbeeld vaker bestaan uit kleinere concrete stappen, is er meer herhaling nodig en moet er aandacht zijn voor generalisatie.

Zwakbegaafde psychiatrische patiënten moeten hiervoor terecht kunnen bij gespecialiseerde centra op het moment dat de psychische problematiek of de interactie tussen de psychiatrische stoornis en de zwakbegaafdheid, groot of complex is. Maar zwakbegaafde patiënten moeten ook in de reguliere GGz beter geholpen kunnen worden. Daarvoor is een actieve opsporing van zwakbegaafdheid in de GGz essentieel.

### **Conclusie**

Samengevat vormen zwakbegaafde psychiatrische patiënten een grote, maar vaak onopgemerkte groep patiënten, binnen de GGz. Behandelaren moeten worden getraind in het herkennen van zwakbegaafdheid en in de extra praktische en communicatieve vaardigheden die nodig zijn voor passende diagnostiek en behandeling bij deze groep mensen. Er is behoefte aan ontwikkeling van en onderzoek naar bestaande diagnostische - en behandelmodules op bruikbaarheid en effectiviteit bij zwakbegaafde psychiatrische patiënten. Op die manier organiseren we betaalbare zorg op maat voor een grote groep aan GGz patiënten die veel te lang ongezien is geweest.

### **Literatuur**

American Psychiatric Association (APA) (1952). The Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders (1th edn, revised)(DSM-I). Washington, D.C.

American Psychiatric Association (APA) (1980). The Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders (3th edn, revised)(DSM-III). Washington, D.C.

American Psychiatric Association (APA) (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th edn) (DSM-5). Washington, D.C.

Chen C-Y, Lawlor JP, Duggan AK, Hardy JB, Eaton WW. Mild cognitive impairment in early life and mental health problems in adulthood. *Am J Public Health*. 2006;96(10):1772-1778.

Gigi K, Werbeloff N, Goldberg S, et al. Borderline intellectual functioning is associated with poor social functioning , increased rates of psychiatric diagnosis and drug use – A cross sectional population based study. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2014;24(11):1793-1797.

- Hassiotis A, Strydom A, Hall I. Psychiatric morbidity and social functioning among adults with borderline intelligence living in private households. *J Intellect Disabil Res.* 2008;52(2):95-106.
- Wieland J, Wardenaar KJ, Fontein E & Zitman FG. Utility of the Brief Symptom Inventory (BSI) in psychiatric outpatients with intellectual disabilities. *J Intellectual Disabil Res.* 2012;56(9):843–853.
- Wieland J, Kapitein S, Zitman F.G. (2014) Psychiatric disorders in outpatients with borderline intellectual functioning: comparison with both outpatients from regular mental health care and outpatients with mild intellectual disabilities. *Can J Psychiatry.* 2014;59(4):213-9.
- Wieland J, vd Brink A, Zitman FG. The prevalence of personality disorders in psychiatric outpatients with borderline intellectual functioning: Comparison with outpatients from regular mental health care and outpatients with mild intellectual disabilities. *Nord J Psychiatry.* 2015;69(8):599-604.
- Wieland J, Zitman FG. Utility Brief Symptom Inventory (BSI) profiles of outpatients with borderline intellectual functioning and major depressive disorder or posttraumatic stress disorder: Comparison with outpatients from regular mental health care and outpatients with mild intellectual disabilities. *Res Dev Disabil.* 2016;51–52: 153-159.
- Wieland J & Zitman FG. Prognostic factors associated with outcome of mood, anxiety and somatoform disorders in patients with borderline intellectual functioning or mild intellectual disabilities: a preliminary study 2017: submitted.