

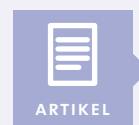
Behandeling van posttraumatische stressstoornis bij mensen met een laag IQ

A. VAN DEN BRINK, T. VAN TURNHOUT, E. ALDENKAMP

- ACHTERGROND** Patiënten met een laag IQ hebben een grotere kans op een posttraumatische stressstoornis (PTSS). Als het lage IQ én de PTSS-klachten herkend worden, leidt dit in de ggz tot exclusie voor behandeling.
- DOEL** Nagaan of reguliere behandelingen voor PTSS bruikbaar zijn bij patiënten met een lager IQ.
- METHODE** Kwalitatieve review van praktijkervaring, wetenschappelijke literatuur en recente rapporten over verstandelijke beperking, zwakbegaafdheid, PTSS en de ggz.
- RESULTATEN** Wat betreft de evidence-based behandelingen voor PTSS (traumagerichte cognitieve gedragstherapie en eye movement desensitization and reprocessing; EMDR) voor de genoemde doelgroep is terughoudendheid niet nodig, mits men de bejegening en de communicatie afstemt op de gevolgen van het lage IQ.
- CONCLUSIE** Er is reden om aan te nemen dat reguliere behandeling ook bruikbaar is bij patiënten met een lager IQ. Onderzoek om deze aanname te bevestigen is zeer noodzakelijk, zeker als gekeken wordt naar de omvang van deze groep.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)11, 804-808

TREFWOORDEN behandeling, LVB, PTSS



ARTIKEL



Uit verschillende onderzoeken blijkt dat mensen die op zwakbegaafd niveau functioneren dan wel een verstandelijke beperking hebben een verhoogd risico hebben op vele psychiatrische stoornissen, inclusief de posttraumatische stressstoornis (PTSS) (Wieland e.a. 2014; Hassiotis 2015). In dit artikel duiden we beide groepen aan met de formulering patiënten met een laag IQ.

In de DSM-5 spreekt men van PTSS wanneer er sprake is van herbelevingen, vermijding, hyperarousal en negatieve veranderingen in cognities en stemming; dit alles gekoppeld aan het meegemaakt hebben van een of meerdere traumatische gebeurtenissen.

Zorginstituut Nederland (2018) beschrijft in een recent rapport de onderdiagnosticering en behandeling van PTSS in de ggz in het algemeen. Wij vermoeden dat het risico hierop bij patiënten met een laag IQ nog groter is. Ze hebben immers minstens 4 keer meer kans om seksueel misbruikt te zijn en tussen 70 en 90% meer kans om misbruik (zowel seksuele, psychologische als fysieke verwaarlozing) mee te

maken dan personen zonder verstandelijke beperking (Beadle-Brown e.a. 2010). Daar komt nog bij dat onderkenning van een lager IQ in de ggz nogal eens een reden is tot exclusie van behandeling voor de psychiatrische stoornis. De voorkeursbehandelingen voor patiënten met PTSS zijn, volgens de huidige richtlijn, traumagerichte cognitieve gedragstherapie (T-CGT) of *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) (Zorginstituut Nederland 2018, 1STSS Guidelines 2019).

Er bestaan (nog) geen specifieke richtlijnen of zorgstandaarden voor diagnostiek en behandeling van PTSS bij patiënten met een laag IQ. In 2018 is in Nederland wel een eerste kwaliteitsstandaard verschenen voor de behandeling van psychische stoornissen bij deze patiëntengroep: de generieke module psychische stoornissen en zwakbegaafdheid of lichte verstandelijke beperking (Akwa GGZ 2018). Daarin adviseert men om in de behandeling van psychische stoornissen bij deze patiëntengroep uit te gaan van de reguliere richtlijnen en zorgstandaarden, rekening

houdend met de gevolgen van de zwakbegaafdheid of verstandelijke beperking waar het gaat om aspecten als taalbegrip, verwerkingssnelheid, werkgeheugen, enz.

Er lopen onderzoeken naar de effectiviteit van EMDR en traumagerichte CGT bij patiënten met een lager IQ. De voor zover wij weten enige gecontroleerde studie (Karatzias e.a. 2019) laat zien dat EMDR een haalbare, aannemelijke en effectieve behandelmethode kan zijn, met name voor de angstcomponent in de klachten. De bruikbaarheid van EMDR wordt wel in verschillende casestudies beschreven (Mevisen e.a. 2016; Karatzias e.a. 2019).

Stenfert Kroese e.a. (2016) voerden een pilotstudie uit waarbij ze een daling van 27% van de mediaanscore op de *Impact of Event Scale - Intellectual Disabilities* vonden na een groepsbehandeling traumagerichte CGT. Meer onderzoek om de methode verder aan te passen is nodig.

PTSS en complexe PTSS

Waar meer dan 7% van de Nederlandse volwassen bevolking op enig moment in het leven PTSS krijgt, ligt dit percentage bij patiënten in de ggz en bij patiënten met een laag IQ hoger (De Vries & Olff 2009; Mevisen e.a. 2016; Zorginstituut Nederland 2018). Naast een verhoogde kans op het meemaken van mogelijke traumatiserende gebeurtenissen is deze laatstgenoemde patiëntengroep kwetsbaarder om vervolgens een PTSS te krijgen vanwege bijvoorbeeld verminderde zelfregulatie en probleemoplossend vermogen en door een minder ondersteunend netwerk (Vervoort-Schel e.a. 2018; Karatzias e.a. 2019).

Betrouwbare gegevens over de prevalentie van PTSS bij patiënten met een laag IQ ontbreken vooralsnog. Mogelijk speelt hierbij een rol dat er nog onvoldoende gevalideerde meetinstrumenten voor deze doelgroep bestaan (Mevisen e.a. 2016; Nieuwenhuis e.a. 2019; Karatzias e.a. 2019).

Complexe PTSS

Naast PTSS wordt in de klinische praktijk gesproken over het symptoomcluster complexe PTSS (CPTSS). Er is veel discussie over dit concept en over de passende behandelinterventies. Het feit dat in de elfde versie van de *International Classification of Diseases (ICD-11)* de classificatie CPTSS wél is opgenomen en in de DSM-5 niet, maakt de internationale discussie extra ingewikkeld.

We volgen de ICD-11 (van Minnen 2018) en definiëren een CPTSS als volgt:

1. Er is sprake van PTSS-klachten: zowel herbelevingen als vermijding én hyperarousal.
2. Bovenop deze symptomen zijn er klachten in zowel emotieregulatie als zelfbeeld én interpersoonlijke relaties (tezamen: problemen in de zelforganisatie).

Chronisch en herhaald trauma (zoals vaak bij vroegkinderdijk trauma) is weliswaar een risico, maar leidt niet

AUTEURS

ANNEMARIE VAN DEN BRINK, GZ-psycholoog en EMDR-practitioner, Poli+, Leiden.

TINNE VAN TURNHOUT, orthopedagoge/psychodynamisch psychotherapeut, UPC Sint Kamillus.

ERICA ALDENKAMP, GZ-psycholoog en EMDR-practitioner, Poli+, Leiden.

CORRESPONDENTIEADRES

A. van den Brink, Poli+, Rijnsburgerweg 10, 2333 AA Leiden.

E-mail: a.vdbrink@poli-plus.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 12-7-2019.

automatisch tot CPTSS. Psychologische veerkracht (of kwetsbaarheid) en omgevingsfactoren bepalen mede of iemand als gevolg van chronisch trauma een (C)PTSS krijgt (ISTSS Guidelines 2019). Dit zou kunnen verklaren waarom juist patiënten met een laag IQ vaker een CPTSS krijgen, maar onderzoek hiernaar ontbreekt.

Diagnostiek

Terwijl bij de DSM-IV-TR de *Diagnostic Manual – Intellectual Disability (DM-ID-1)* (Fletcher e.a. 2007) nodig was om de PTSS-symptomen goed in beeld te krijgen bij mensen met een verstandelijke beperking, is dat bij de DSM-5 deels ondervangen. In de DSM-5 wordt het ontwikkelingsaspect per definitie meegenomen, zoals aandacht voor symptomen die te zien zijn in gedrag en herhalende thema's in spel. Hoe lager het IQ, des te vaker PTSS-symptomen zich in gedrag manifesteren. Men moet alert zijn op fysieke agressie, zelfverwonding, sociale terugtrekking als mogelijke symptomen van een PTSS. Klachten over herbelevingen/flash-backs zullen minder snel verwoord worden.

De DM-ID-2 (Fletcher e.a. 2017) geeft aanvullend als aandachtspunt dat PTSS-klachten bij patiënten met een laag IQ kunnen ontstaan na een voor ons ogenschijnlijk minder traumatische gebeurtenis (verhuizing bijvoorbeeld). Daarenboven wordt ernstig probleemgedrag vaak door hulpverleners toegeschreven aan de verstandelijke beperking zelf en wordt vaak niet onderkend als zijnde een symptoom van een onderliggend psychisch probleem (*diagnostic overshadowing*) (Fletcher e.a. 2007).

Reguliere screeningslijsten kan men gebruiken om symptomen in kaart te brengen. Van belang is wel om zelfregistratielijsten samen met de patiënt in te vullen. Onlangs verscheen voor de Nederlandstalige markt de DITS-LVB (Mevisen e.a. 2018): een klinisch interview op basis waar-

van men een PTSS kan diagnosticeren bij mensen met een IQ van 50-85 volgens de criteria van de DSM-5. Bij personen met een matige/ernstige verstandelijke beperking is de heteroanamnese met familie of begeleiders van groot belang omdat dit een belangrijke aanvulling kan zijn op wat er gebeurd is. Uitgangspunt blijft de beleving van klachten van de patiënt.

Voor het vaststellen van CPTSS is er nog geen goede diagnostische vragenlijst voorhanden. Binnenkort zou een Nederlandse versie van de *International Trauma Questionnaire* (ITQ) beschikbaar komen (Van Minnen 2018). Of deze voor onze patiëntengroep geschikt zal zijn, zal moeten blijken. Naast een onderbouwde classificatie van de klachten is de beschrijvende diagnose (casusconceptualisatie) van belang voor een effectieve behandeling. Bij patiënten met een laag IQ moet men hierin informatie meenemen over de context, de ontwikkelingsgeschiedenis, de persoonlijkheidsopbouw en uiteraard de cognitieve en sociale en emotionele mogelijkheden mogelijkheden en beperkingen en de interferentie hiervan met de PTSS-klachten (Wieland e.a. 2017).

Behandelen

Als we qua behandeling willen aansluiten bij reguliere richtlijnen, stuiten we op het feit dat die momenteel volop in beweging zijn. Twee behandelmethoden worden naar voren geschoven als het effectiefst, nl. TF-CGT en EMDR.

STABILISATIE INGEBED IN DE BEHANDELING

Nog niet zo lang geleden was in de behandeling van kwetsbare patiënten met PTSS en CPTSS het driefasemodel de standaard: eerst een stabilisatiefase aanbieden, vervolgens traumaverwerking met EMDR of TF-CGT en ten slotte als laatste fase de re-integratie. Onder 'stabiliseren' werd onder andere verstaan het aanleren van stressmanagement- en affect-regulatievaardigheden (Dorrepal e.a. 2008).

De afgelopen jaren is het driefasemodel behoorlijk ter discussie komen te staan, onder meer door nieuw onderzoek (Bicanic e.a. 2015). Wanneer PTSS-klachten op de voorgrond staan in een (C)PTSS-beeld wordt steeds meer bepleit om die onmiddellijk te behandelen, ook bij kwetsbare patiënten. Stabilisatie wordt waar nodig ingebed in de traumabehandeling (Oppenheim & Geurink 2015; Van Vliet 2018).

Wij pleiten ervoor om ook bij patiënten met een laag IQ zo snel mogelijk te starten met traumaverwerking. Juist voor deze patiëntengroep is echter het inbedden van stabilisatievaardigheden in de behandeling van groot belang, gelet op hun vaak zwakke coping. Voor de EMDR-behandeling geldt dat binnen een sessie waarin EMDR plaatsvindt men tevens moet oefenen met stabilisatievaardigheden, die de patiënt vervolgens onmiddellijk kan gebruiken. Binnen de

EMDR zelf gebruiken we de reguliere stabiliserende EMDR-technieken om de patiënt binnen het *window of tolerance* te houden (Aldenkamp & van den Brink 2015; Oppenheim & Geurink 2015).

Het aanleren van stabiliserende vaardigheden aan betrokkenen bij de patiënt (begeleiders en familie) heeft in de behandeling van patiënten met een laag IQ in veel gevallen een meerwaarde.

TOEPASSING VAN EMDR

Reguliere EMDR-protocollen kunnen gewoon gebruikt worden bij patiënten met een laag IQ. Zo nodig kan men terugrijpen op protocollen voor kinderen en jongeren. Bijvoorbeeld door ook bij volwassenen het target te laten tekenen, of door de positieve cognitie (PC) voor de patiënt te benoemen in plaats van ernaar te vragen. Ook kan een wat directiever optreden nodig zijn in het vaststellen van de negatieve cognitie (NC) en bijvoorbeeld het benoemen en visualiseren van emoties die gezien worden.

TOEPASSING VAN TF-CGT

Voor TF-CGT geldt dat standaardprocedures moeilijk bruikbaar zijn voor personen met een laag IQ. Personen uit deze doelgroep hebben moeite met logisch redeneren, plannen, geheugen en taalbegrip. CGT-technieken moeten dus aangepast worden om deze voor hen begrijpelijk te maken (Lindsay e.a. 2013). Er is nog geen gecontroleerde studie naar het gebruik van TF-CGT bij (C)PTSS voor deze doelgroep. Effectiviteit van aangepaste CGT is wel aangetoond bij behandelen van bijvoorbeeld depressie en agressie (Vereenoghe & Langdon 2013).

FLEXIBELE BEHANDELSTRATEGIE BIJ CPTSS

Ook bij patiënten met een laag IQ en CPTSS adviseren we om te starten met het behandelen van de PTSS en de stabilisatievaardigheden in te bedden in deze behandeling. Naarmate de PTSS-klachten afnemen, zullen problemen in de emotieregulatie, zelfbeeld en interactie meer op de voorgrond komen te staan en om verdere behandeling vragen. Dit is niet anders dan bij patiënten zonder VB.

Onderzoek naar een flexibele behandelstrategie bij CPTSS is volop gaande, denk aan de interventiekring van Stöfseel en Mooren (2017). De ISSTS spreekt in dit kader van het onderzoeken van *multi-component treatment* en flexibele behandelstrategieën (ISTSS Guidelines 2019).

Conclusie

Juist mensen met een laag IQ hebben een grotere kans om een PTSS of CPTSS te krijgen. Helaas wordt het lage IQ in de ggz niet altijd herkend. Als het wel onderkend wordt, is het nu in veel gevallen een reden voor behandelaars om door te verwijzen. Op basis van de literatuur lijkt dit lang niet

altijd noodzakelijk en zijn er aanwijzingen dat PTSS-klachten van patiënten met een laag IQ gewoon in de reguliere ggz behandeld kunnen worden met EMDR en TF-CGT, waarbij men in de behandeling qua communicatie en tempo moet aansluiten bij de mogelijkheden van de patiënt.

Daar waar de interferentie van de PTSS-klachten met de gevolgen van de zwakbegaafdheid of verstandelijke beperking groot is, is verwijzing naar of consultatie van een gespecialiseerd behandelteam noodzakelijk.

LITERATUUR

- Akwa GGZ. Generieke module psychische stoornissen en zwakbegaafdheid of lichte verstandelijke beperking. 2018. <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/psychische-stoornissen-en-zwakbegaafdheid-zb-of-lichte-verstandelijke-beperking-lvb>
- Aldenkamp EA, van den Brink A. Stabiliserend 'EMDR-en' bij kwetsbare patiënten. *EMDR Magazine* 2015; 3(9): 10-3.
- Bicanic I, de Jongh A, ten Broeke E. Stabilisatie in traumabehandeling: noodzaak of mythe? 2015. *Tijdschr Psychiatr* 2015; 57: 332-9.
- De Vries GJ, Olff M. The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *J Trauma Stress* 2009; 22: 259-67.
- Dorrepaal E, Thomaes K, Drayer N. Vroeger en Verder. Vaardigheidstraining en cognitieve therapie na misbruik of mishandeling. Amsterdam: Pearson Benelux; 2008.
- Fletcher RJ, Barnhill J, Cooper SA. Diagnostic Manual – Intellectual Disability (DM-ID-2): A Textbook of diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability. Kingston (NY): NADD; 2017.
- Fletcher R, Loschen E, Stavrakaki C, First M. Diagnostic Manual - Intellectual Disability (DM-ID): a textbook of diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability. Kingston (NY): NAPP Press; 2007.
- Hassiotis A. Borderline intellectual functioning and neurodevelopmental disorders: Prevalence, comorbidities and treatment approaches. *Adv Ment Health Intellect Disabil* 2015; 9: 275-83.
- ISTSS Guidelines Position Paper on Complex PTSD in Adults. 2019 <http://www.istss.org/treating-trauma.aspx>
- Karatzias T, Brown M, Taggart L, Truesdale M, Sirisena C, Walley R, e.a. A mixed-methods, randomized controlled feasibility trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) plus standard care (SC) versus SC alone for DSM-5 posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults with intellectual disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil* 2019; 32: 806-18.
- Lindsay WR, e.a. Adapting psychological therapies for people with intellectual disabilities., in Taylor JL, Lindsay WR, Hastings RP, Hatton C (red.). *Psychological therapies for adults with intellectual disabilities*. Chichester: Wiley; 2013. pp. 69-84.
- Mevissen L, Didden R, de Jongh A. EMDR voor trauma- en stressor-gerelateerde klachten bij patiënten met een verstandelijke beperking. *Overzicht en casusbespreking*. *Directieve Therapie* 2016; 36: 5-26.
- Mevissen L, Didden R, de Jongh A. DITS-LVB voor volwassenen. *Diagnostisch Interview Trauma en Stressoren Licht Verstandelijke Beperking*. 2018. <https://www.accare.nl/childstudycenter/opleidingen/bijbscholing/dits-lvb/>
- Minnen van A. Wat is complexe PTSS? Verheldering in acht stappen. *EMDR Magazine* 2018; 18: 44-6.
- Oppenheim HJ, Geurink M. Eerst stabiliseren of direct trauma-verwerking: een schijndiscussie!? *EMDR magazine* 2015; 8: 18-21.
- Zorginstituut Nederland. Rapport screeningsfase systematische analyse geestelijke gezondheidszorg; Zinnige Zorg | ICD-10: V (Foo-F99). Diemen: Zorginstituut Nederland; 2018.
- Stenfert Kroese B, Willott S, Taylor F, Smith P, Graham R, Rutter T, e.a. Trauma-focussed cognitive-behaviour therapy for people with intellectual disabilities: Outcome of a pilot study. *Adv Ment Health Intellect Disabil* 2016; 10: 299-310.
- Stöfseel M, Mooren T. Trauma en persoonlijkheidsproblematiek. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2017.
- van Vliet G. Stabilisatie bij complexe PTSS: een nuancering van de discussie. *EMDR Magazine* 2018; 16: 54-6.
- Vereenooghe L, Langdon PE. Psychological therapies for people with intellectual disabilities: A systematic review and meta-analysis. *Res Dev Disabil* 2013; 34: 4085-102.
- Vervoort-Schel J, Mercera G, Wissink I, Mink E, van der Hel P, Lindauer R, e.a. Adverse childhood experiences in children with intellectual disabilities: an exploratory case-file study in Dutch residential care. *Int J Environ Res Public Health* 2018; doi: 10.3390/ijerph15102136.
- Wieland J, Kapitein S, Zitman FG. 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: 213-9.
- Wieland J, Aldenkamp EA, van den Brink A. Behandeling van patiënten met een laag IQ in de GGZ. *Beperkt begrepen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2017.

SUMMARY

Treatment of post-traumatic stress disorder in people with intellectual disability

A. VAN DEN BRINK, T. VAN TURNHOUT, E. ALDENKAMP

BACKGROUND Patients with borderline intellectual functioning (BIF) or intellectual disability (ID) are more likely to develop post-traumatic stress disorder (PTSD). However, co-occurrence of BIF/ID and PTSD symptoms often leads to exclusion for treatment in regular mental health care centers.

AIM To determine whether standard treatment programs for PTSD can be used in the treatment of patients with BIF/ID.

METHOD Qualitative review of good practices, scientific literature and recent reports about BIF, ID and PTSD.

RESULTS Literature on evidence-based treatment programs for PTSD suggests that there is no need to be reluctant in starting treatment in patients with BIF/ID. Adjustment of communication and tempo is recommended.

CONCLUSION There is reason to believe that standard treatment can be used in treating patients with a low IQ. More research to confirm this assumption is necessary, taken into account the size of this patient group.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)11, 804-808

KEY WORDS intellectual disability, PTSD, treatment