

Aandacht voor zwakbegaafdheid in de geestelijke gezondheidszorg

J. WIELAND

ACHTERGROND In de geestelijke gezondheidszorg (ggz) in Nederland wordt zelden de aandacht gericht op mensen met zwakbegaafdheid als aparte groep. Echter, in toenemende mate blijkt juist zwakbegaafdheid een belangrijke kwetsbaarheid voor het ontstaan van psychische stoornissen.

DOEL Aandacht vragen voor zwakbegaafdheid als belangrijke kwetsbaarheid en veelvoorkomende comorbiditeit in de ggz.

METHODE Overzicht van wetenschappelijke literatuur, recente rapporten en beschikbare praktische kennis over zwakbegaafdheid, psychische stoornissen en de ggz.

RESULTATEN Mensen met zwakbegaafdheid hebben een hoog risico op het krijgen van psychische stoornissen en een specifiek klinisch profiel, waarbij naast de cognitieve beperkingen, gestapelde problematiek (een combinatie van psychosociale problemen, psychische en/of somatische aandoeningen) een belangrijk kenmerk is.

CONCLUSIE Zwakbegaafdheid is een belangrijke comorbiditeit in de ggz. Door expliciete aandacht voor zwakbegaafdheid, in onderzoek, onderwijs en in de klinische praktijk, leren behandelaars in de ggz zwakbegaafdheid bij hun patiënten beter herkennen en kunnen zij beter rekening houden met het specifieke klinische profiel van deze grote minderheid in de ggz.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)11, 761-765

TREFWOORDEN geestelijke gezondheidszorg, psychische stoornissen, zwakbegaafdheid



In de geestelijke gezondheidszorg (ggz) wordt zelden specifiek de aandacht gericht op mensen met zwakbegaafdheid als aparte groep. Voor veel mensen klinkt het woord zwakbegaafd als zwakzinnig (en dat klinkt als een scheldwoord). Weinig professionals in de ggz weten wat zwakbegaafdheid inhoudt of hoe ze zwakbegaafdheid moeten herkennen bij hun patiënten.

Er is sprake van zwakbegaafdheid als iemand op een individuele gestandaardiseerde intelligentietest een intelligentiequotiënt (IQ) scoort van 70-85; 1-2 standaarddeviaties onder het gemiddelde van 100 (APA 2000). De Angelsaksische term *borderline intellectual functioning* geeft mooi weer hoe deze mensen cognitief functioneren op de grens tussen een gemiddelde intelligentie en een verstandelijke beperking. Volgens de normaalverdeling van intelligentie scoort zo'n 13,6% van de mensen een IQ van 70-85 op een intelli-

gentietest; 2,3 miljoen Nederlanders. Zwakbegaafdheid is geen stoornis en ook geen (verstandelijke) beperking. In de vijfde editie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) is zwakbegaafdheid een V-code; oftewel een bijkomende reden voor zorg (APA 2014).

In Nederland worden mensen met zwakbegaafdheid vaak geschaard onder de term (LVB). Daarbij is er waarschijnlijk een overlap met andere kwetsbare groepen zoals laaggeletterden, mensen met lage sociaal-economische status en mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden (van Klei-van Kleffens & Smit 2016; Heijmans e.a. 2018; Broeders e.a. 2018). In de ggz is er toenemend aandacht voor deze groepen, maar nog weinig specifieke aandacht gericht op zwakbegaafdheid zelf. Ondertussen blijkt in toenemende mate juist zwakbegaafdheid een belangrijke kwetsbaarheid te vormen voor het ontstaan van psychische stoornissen.

In dit artikel beschrijf ik deze kwetsbaarheid en vraag aandacht voor het specifieke klinische profiel van patiënten met zwakbegaafdheid in de ggz.

Kinderen met zwakbegaafdheid

De kwetsbaarheid die gepaard gaat met zwakbegaafdheid ontstaat al op jonge leeftijd. Ouders van kinderen met zwakbegaafdheid scoren lager op positief en sensitief ouderschap en tonen minder positieve betrokkenheid (Fenning e.a. 2014). Ze ervaren meer ouderlijke stress (Precenzano e.a. 2016). En hoewel de kinderen zich tijdens observaties niet anders gedroegen dan kinderen met een gemiddelde intelligentie of een verstandelijke beperking, rapporteerden de moeders van deze zwakbegaafde kinderen vaker problematisch en externaliserend gedrag (Fenning e.a. 2007). Volgens de auteurs speelt de 'onzichtbaarheid' van zwakbegaafdheid hierbij een rol. Ouders begrijpen onvoldoende wat zwakbegaafdheid betekent en welke problemen kinderen met zwakbegaafdheid ervaren.

Kinderen met zwakbegaafdheid groeien vaker dan leeftijdsgenoten met een gemiddelde intelligentie op onder slechte sociaal-economische omstandigheden en hebben een verhoogd risico op somatische problemen (Emerson e.a. 2010; Emerson & Robertson 2010). Ze zijn minder sociaal vaardig, spelen vaker alleen, hebben minder zelfvertrouwen en meer problemen op school (Fernell & Ek 2010; Baglio e.a. 2016; Alesi e.a. 2015; Smirni e.a. 2019). Zij hebben daarnaast al op jonge leeftijd een verhoogd risico op psychische problemen (Dekker & Koot 2003; Emerson e.a. 2010).

Volwassenen met zwakbegaafdheid

Volwassenen met zwakbegaafdheid ervaren meer problemen dan volwassenen met een gemiddelde intelligentie én volwassenen met een verstandelijke beperking. Volgens een recente Nederlandse studie groeiden mensen met zwakbegaafdheid, in vergelijking met mensen met een lichte verstandelijke beperking, vaker op in gezinnen met problemen (Nouwens e.a. 2017a). Zij hadden vaker gescheiden ouders en/of ouders met psychische en/of verslavingsproblemen en er was vaker sprake van verwaarlozing door primaire verzorgers.

In het dagelijks leven ervaren mensen met zwakbegaafdheid vaak moeilijkheden (Venkatesan 2017, McManus e.a. 2018). Ze hebben een verhoogd risico op psychosociale problemen, somatische aandoeningen en problematisch middelengebruik (Hassiotis e.a. 2008; Gigi e.a. 2014; Wieland e.a. 2014; Snell e.a. 2009). Ze ervaren minder sociale steun (Hassiotis e.a. 2018). Mensen met zwakbegaafdheid zijn minder gelukkig dan mensen met een gemiddelde intelligentie (Ali e.a. 2013). Alle psychische stoornissen komen vaker voor bij mensen met zwakbegaafdheid en

AUTEUR

JANNELIEN WIELAND, psychiater en expertiseleider
LVB en ggz, Poli+, Leiden en Cordaan, Amsterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. J. Wieland, Poli+, Rijnsburgerweg 10, 2333 AA Leiden.
E-mail: j.wieland@poli-plus.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 12-8-2019.

posttraumatische stressstoornissen, psychotische en persoonlijkheidsstoornissen in het bijzonder (Hassiotis e.a. 2008; Gigi e.a. 2014; Wieland e.a. 2014; Nieuwenhuis e.a. 2019). Er is een verhoogd risico op suïcidaal gedrag (Hassiotis e.a. 2011).

Zo vormt zwakbegaafdheid een unieke kwetsbaarheid en hebben patiënten met zwakbegaafdheid een specifiek klinisch profiel, waarbij naast de cognitieve beperkingen, gestapelde problematiek (een combinatie van psychosociale problemen, psychische en/of somatische aandoeningen) een belangrijk kenmerk is (Salvador Carullo e.a. 2013; Hassiotis 2015).

Zwakbegaafdheid in de ggz

Ondanks de hoge prevalentie van psychische stoornissen lijken mensen met zwakbegaafdheid in de dagelijkse praktijk eerder minder geestelijke gezondheidszorg te krijgen dan meer (Hassiotis e.a. 2008; Nouwens e.a. 2017). In onderzoeken gericht op de diagnostiek en behandeling van psychische stoornissen is de groep patiënten met zwakbegaafdheid grotendeels onzichtbaar. Behandelaars in de ggz krijgen in hun opleiding weinig kennis mee over zwakbegaafdheid. In de praktijk wordt zwakbegaafdheid als belangrijke comorbiditeit vaak niet opgemerkt. Patiënten met zwakbegaafdheid krijgen dan mogelijk een behandeling die niet aansluit bij wat zij kunnen of aankunnen. Dit kan leiden tot beperkte of zelfs ongunstige behandelresultaten (Hassiotis e.a. 2008; Wieland & Zitman 2016).

Als de zwakbegaafdheid wel herkend wordt of al bekend is, is zo'n $IQ < 85$ - soms expliciet, soms impliciet - regelmatig een exclusiecriteria voor behandelingen in de ggz (Wieland & ten Doesschate 2018). Een aantal ggz-instellingen in Nederland heeft hooggespecialiseerde afdelingen voor psychiatrie en verstandelijke beperking, waar deze patiënten soms terecht kunnen. Niet zelden echter, zijn hier lange wachtlijsten (Lubbes e.a. 2019). En de vraag is of deze vorm van hoogspecialistische zorg altijd noodzakelijk is.

Goede ggz voor mensen met zwakbegaafdheid

Mensen met zwakbegaafdheid hebben dezelfde psychische stoornissen als mensen met een gemiddelde intelligentie. Er zijn weinig onderzoeken naar de effectiviteit van specifieke behandelingen voor mensen met zwakbegaafdheid. Tegelijkertijd is er geen reden om aan te nemen dat reguliere behandelvormen minder effectief zijn. De groep patiënten met zwakbegaafdheid in de ggz is veel te groot om uitsluitend in gespecialiseerde centra voor psychiatrie en verstandelijke beperking behandeld te kunnen worden. En in veel gevallen is dat ook niet nodig. Zolang behandelaars in de ggz bij het vormgeven van de behandeling rekening houden met de zwakbegaafdheid van hun patiënt, kunnen reguliere zorgstandaarden en richtlijnen gebruikt worden. Het gaat om vaak noodzakelijke, maar meestal minimale aanpassingen, met name op het gebied van de bejegening, communicatie en generalisatie. De aanpassingen zitten niet in *wat* behandelaars doen, maar *hoe* zij de behandeling vormgeven (Wieland e.a. 2017).

De generieke module Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid of een lichte verstandelijke beperking (Akwa ggz 2018) beschrijft, vanuit het perspectief van de patiënt, wat goede geestelijke gezondheidszorg inhoudt voor mensen met zwakbegaafdheid. Goede zorg start met de realisatie dat zwakbegaafdheid een belangrijke comorbiditeit is in de ggz.

Doorvragen naar school- en werkcarrière geeft belangrijke aanwijzingen voor de mogelijke aanwezigheid van zwak-

begaafdheid. Zo kunnen behandelaars in de ggz vanaf het eerste gesprek jargon vermijden en hun taal vereenvoudigen. De generieke module beschrijft daarnaast het belang van het in kaart brengen van de interferentie tussen psychische klachten enerzijds en de zwakbegaafdheid anderzijds. De module bevat adviezen voor het betrekken van belangrijke naasten en het organiseren van passende ondersteuning.

Voor het aansluiten bij de patiënt in de behandeling geeft de generieke module specifieke aanwijzingen, zoals het geven van concrete voorbeelden, samen oefenen en regelmatig herhalen. Daarnaast is het belangrijk om aandacht te hebben voor de generalisatie van de in therapie opgedane kennis en vaardigheden. De belangrijkste voorwaarde voor een succesvolle behandeling is daarmee de bereidheid van de therapeut om zich aan te passen aan de patiënt met zwakbegaafdheid.

Conclusie

Zwakbegaafdheid is een belangrijke comorbiditeit in de ggz. Door expliciete aandacht voor zwakbegaafdheid, in onderzoek, onderwijs en in de klinische praktijk, leren behandelaars in de ggz zwakbegaafdheid bij hun patiënten beter herkennen en kunnen zij vanaf de start van de behandeling rekening houden met het specifieke klinische profiel van deze groep patiënten. Zo maken we goede ggz beschikbaar voor een kwetsbare groep mensen die deze zorg hard nodig heeft.

LITERATUUR

- Akwa ggz. Generieke module Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid of een lichte verstandelijke beperking. Akwa ggz; 2018. <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/psychische-stoornissen-en-zwakbegaafdheid-zb-of-lichte-verstandelijke-beperking-lvb>
- Alesi M, Rappo G, Pepi A. Emotional profile and intellectual functioning: a comparison among children with borderline intellectual functioning, average intellectual functioning, and gifted intellectual functioning. *SAGE Open* 2015; doi: 10.1177/2158244015589995.
- Ali A, Ambler G, Strydom A, Rai D, Cooper C, McManus S, e.a. The relationship between happiness and intelligent quotient: the contribution of socio-economic and clinical factors. *Psychol Med* 2013; 43: 1303-12.
- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth Edition (DSM-IV). Washington: APA; 2000.
- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth Edition (DSM-5). Washington: APA; 2014.
- Baglio G, Blasi V, Sangiuliano Intra F, Castelli I, Massaro D, Baglio F, e.a. Social competence in children with borderline intellectual functioning: delayed development of theory of mind across all complexity levels. *Front Psychol* 2016; 7: 1604.
- Broeders DWJ, Das HD, Jennissen RPW, Tiemeijer WL, Visser M. Van verschil naar potentieel: een realistisch perspectief of de sociaaleconomische gezondheidsverschillen. WRR-Policy Brief 7, Den Haag: WRR; 2018.
- Dekker MC, Koot HM. DSM-IV disorders in children with borderline to moderate intellectual disability. I: Prevalence and impact. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42: 915-22.
- Emerson E, Einfeld S, Stancliffe RJ. The mental health of young children with intellectual disabilities or borderline intellectual functioning. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010; 45: 579-87.
- Emerson W, Janet Robertson J. Obesity in young children with intellectual disabilities or borderline intellectual functioning. *Int J Pediatr Obes* 2010; 5: 320-6.
- Fernell E, Ek U. Borderline intellectual functioning in children and adolescents – insufficiently recognized difficulties. *Acta Paediatr* 2010; 99: 748-53.

- Fenning RM, Baker JK, Baker BL, Cronic KA. Parenting children with borderline intellectual functioning: A unique risk population. *Am J Ment Retard* 2007; 112: 107-21.
- Fenning RM, Baker JK, Baker BL, Cronic KA. Parent-child interaction over time in families of young children with borderline intellectual functioning. *J Fam Psychol* 2014; 28: 326.
- Gigi K, Werbeloff N, Goldberg S, Portuguese S, Reichenberg A, Fruchter E, e.a. 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: 1793-7.
- 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: 95-106.
- Hassiotis A, Tanzarella M, Bebbington P, Cooper C. Prevalence and predictors of suicidal behaviour in a sample of adults with estimated borderline intellectual functioning: results from a population survey. *J Affect Disord* 2011; 129: 380-4.
- Hassiotis A. Borderline intellectual functioning and neurodevelopmental disorders: prevalence, comorbidities and treatment approaches. *Adv Ment Health Intellect Disabil* 2015; 9: 275-83.
- Heijmans M, Brabers A, Rademakers J. Health Literacy in Nederland. Utrecht: Nivel; 2018.
- Klei-van Kleffens C van, Smit R. Laaggeletterdheid steeds groter probleem. *Medisch Contact* 2016; 6: 38-40.
- Lubbes E, Pansier-Mast L, Schutte S. Specifieke cliëntgroepen in de aanpak wachttijden GGZ. Rapportage van het onderzoek naar factoren en oplossingsrichtingen. Enschede: Bureau HHM; 2019.
- McManus, Ali A, Bebbington P, Brugha T, Cooper C e.a. Inequalities in health and service use among people with borderline intellectual impairment. London (UK): NatCen Social Research and UCL; 2018.
- <http://natcen.ac.uk/media/1651257/Inequalities-in-health-and-service-use-among-people-with-borderline-intellectual-impairment-report.pdf>
- Nieuwenhuis JG, Smits HJH, Noorthoorn EO, Mulder CL, Maria Penterman EJ, Inge Nijman HL. Not recognized enough: the effects and associations of trauma and intellectual disability in severely mentally ill outpatients. *Eur Psychiatry* 2019; 58: 63-9.
- Nouwens PJG, Lucas R, Smulders NBM, Embregts PJCM, van Nieuwenhuizen C. Identifying classes of persons with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning: a latent class analysis. *BMC Psychiatry* 2017; 17: 257.
- Precenzano F, Ruberto M, Parisi L, Salerno M, Maltese A, D'Alessandro I, e.a. Borderline intellectual functioning and parental stress: an Italian case-control study. *Acta Medica Mediterranea* 2016; 32: 1761.
- Salvador-Carulla L, García-Gutiérrez JC, Gutiérrez-Colosía MR, Artigas-Pallarès J, Ibáñez JG, Pérez JG, e.a. Borderline intellectual functioning: consensus and good practice guidelines. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English ed.)* 2013; 6(3): 109-20.
- Smirni D, Smirni P, Di Martino G, Operto FF, Carotenuto M. Emotional awareness and cognitive performance in borderline intellectual functioning young adolescents. *J Nerv Ment Dis* 2019; 207: 365-70.
- Snell ME, Luckasson R, Borthwick-Duffy WS, Bradley V, Buntinx WH, Coulter DL, e.a. Characteristics and needs of people with intellectual disability who have higher IQs. *Intellect Dev Disabil* 2009; 47: 220-33.
- Venkatesan S. Demographic, cognitive and psycho-social profile of adults with borderline intellectual functioning. *J Contemp Psychol Res* 2017; 4(1): 2.
- Wieland J, Haan SKD, 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, Zitman FG. It is time to bring borderline intellectual functioning back into the main fold of classification systems *BJPsych Bull* 2016; 40: 204-6.
- 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.
- Wieland J, ten Doesschate M. Awareness and accessibility of the Dutch mental health care system for people with borderline intellectual functioning or mild intellectual disabilities. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities* 2018; 12: 114-20.

SUMMARY

Focus on borderline intellectual functioning in mental health care

J. WIELAND

BACKGROUND In mental health care in the Netherlands, there is rarely a focus on people with a borderline intellectual functioning as a separate group. However, borderline intellectual functioning appears to be an important vulnerability for the development of mental disorders.

AIM To focus on borderline intellectual functioning as an important vulnerability and co-morbidity in mental health care.

METHOD A survey of scientific literature, recent reports and available practical knowledge on borderline intellectual functioning, mental disorders and mental health care.

RESULTS People with borderline intellectual functioning have a high risk of developing mental disorders and a specific clinical profile with, in addition to cognitive impairments, psychosocial problems and co-morbidity as important characteristics.

CONCLUSION Borderline intellectual functioning is an important co-morbidity in mental health care. Through an explicit focus on borderline intellectual functioning in research, education and in clinical practice, we can better learn to recognize borderline intellectual functioning among our patients and take into account their specific clinical profile.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)11, 761-765

KEY WORDS borderline intellectual functioning, mental disorders, mental health care