



Behandeling van patiënten met een laag IQ in de GGZ

Beperkt begrepen

Jannelien Wieland
Erica Aldenkamp
Annemarie van den Brink



Bohn
Stafleu
van Loghum

Behandeling van patiënten met een laag IQ in de GGZ

Jannelien Wieland
Erica Aldenkamp
Annemarie van den Brink

Behandeling van patiënten met een laag IQ in de GGZ

Beperkt begrepen



Bohn
Stafleu
van Loghum

Houten 2017

ISBN 978-90-368-1657-1

ISBN 978-90-368-1658-8 (eBook)

DOI 10.1007/978-90-368-1658-8

© Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media B.V. 2017

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën of opnamen, hetzij op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet j^o het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471 en artikel 17 Auteurswet, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Samensteller(s) en uitgever zijn zich volledig bewust van hun taak een betrouwbare uitgave te verzorgen. Niettemin kunnen zij geen aansprakelijkheid aanvaarden voor drukfouten en andere onjuistheden die eventueel in deze uitgave voorkomen.

NUR 895

Basisontwerp omslag: Studio Bassa, Culemborg

Automatische opmaak: Scientific Publishing Services (P) Ltd., Chennai, India

Bohn Stafleu van Loghum

Het Spoor 2

Postbus 246

3990 GA Houten

www.bsl.nl

Inhoud

1	Inleiding	1
1.1	Beperkt begrepen	3
1.2	Laag IQ in de geestelijke gezondheidszorg	3
1.3	Opbouw van het boek	4
2	Zwakbegaafdheid	5
2.1	Zwakbegaafdheid: terminologie en definiëring	6
2.2	Classificatie van zwakbegaafdheid in de DSM-IV-TR en DSM-5	9
2.2.1	Adaptief functioneren	10
2.2.2	Cognitie/intelligentiequotiënt (IQ)	12
2.2.3	Het sociale en het emotionele functioneren	16
2.2.4	Praktische vaardigheden	18
2.3	Zwakbegaafdheid in de GGZ	18
	Literatuur	19
3	Intake	21
3.1	Signaleren	22
3.1.1	Alert zijn	22
3.1.2	Mogelijke signalen	23
3.2	Communiceren: bejegening en gespreksvoering	27
3.2.1	Bejegening	27
3.2.2	Gespreksvoering	29
3.3	Indiceren	31
	Literatuur	33
4	Diagnostiek	35
4.1	Inleiding	37
4.2	Van stepped care naar matched care	37
4.3	De multidimensionele blik	39
4.4	Sociale ontwikkeling, emotionele ontwikkeling en praktische vaardigheden	42
4.4.1	Sociale ontwikkeling en emotionele ontwikkeling	42
4.4.2	Ontwikkelingsprofielen op verschillende leeftijden	43
4.4.3	Praktische vaardigheden	45
4.5	Intelligentieonderzoek	46
4.6	Neuropsychologisch onderzoek	47
4.7	Psychologisch onderzoek	48
4.8	Psychiatrisch onderzoek	51
4.8.1	Status mentalis	52
4.8.2	Somatisch onderzoek	58
4.8.3	Medicatie	59
4.8.4	Intoxicaties	60
4.9	Contextueel onderzoek	60
4.10	Multidimensionele diagnose	61
	Literatuur	63

5	Behandeling	65
5.1	Behandelen? Natuurlijk!	67
5.2	Algemene aanwijzingen voor de behandeling van zwakbegaafde patiënten	68
5.2.1	Het profiel van de behandelaar	70
5.2.2	Algemene aanpassingen aan het behandelproces	71
5.2.3	Aanpassingen in de inhoud van de therapie	75
5.3	Starten en stoppen	78
5.4	Eigen verantwoordelijkheid versus overnemen	80
5.5	Behandelen versus begeleiden	81
5.6	Psychotherapie	83
5.6.1	Psycho-educatie	83
5.6.2	Cognitieve Gedragstherapie (CGT)	85
5.6.3	Dialectische Gedragstherapie (DGT)	87
5.6.4	Emotieregulatietraining	88
5.6.5	Eye Movement Desensitization Reprocessing (EMDR)	89
5.6.6	(Crisis-) signaleringsplan	90
5.7	Voorschrijven van psychofarmaca	92
5.8	Routine Outcome Monitoring	94
	Literatuur	96
6	Crisis	99
6.1	Inleiding	101
6.2	Voorbereiding en start van het crisiscontact	102
6.3	Crisisbeoordeling	103
6.3.1	Lichamelijke aandoeningen, medicatie en drugs	103
6.3.2	Overvraging en emotionele verwarring	105
6.3.3	De rol van het systeem	106
6.3.4	Nieuwe of langerbestaande psychiatrische aandoeningen	107
6.4	Interventies	108
6.4.1	Verhelderen, structureren en concretiseren	108
6.4.2	Medicatie	108
6.4.3	Het crisis-signaleringsplan	109
6.4.4	Opname	109
6.5	Telefonisch crisiscontact en crisiscontact op het politiebureau	110
6.5.1	Telefonisch crisiscontact	110
6.5.2	Crisiscontact op het politiebureau	111
6.6	Agressie en suïcidaliteit	112
6.6.1	Agressie	112
6.6.2	Suïcidaliteit	113
	Literatuur	114
7	Organisatie van de zorg	115
7.1	Inleiding	116
7.2	Inhoud van de zorg	118
7.3	GGZ en/of VGZ	119
7.4	Verwijslijnen	121
7.5	Organisatie van de zorg	127
	Literatuur	131

Bijlagen	133
Bijlage: Licht verstandelijke beperking	134
Nawoord	136
Register	137

Over de auteurs

Jannelien Wieland (Dordrecht, 1975) is psychiater en onderzoeker. Na het afronden van de middelbare school studeerde ze een jaar in de Verenigde Staten aan de Rutgers University en daarna aan de katholieke universiteit van Leuven in België. Ze behaalde haar artsdiploma summa cum laude. Tijdens haar opleiding tot psychiater bij het Leids Universitair Medisch Centrum en de grote regionale instelling voor geestelijke gezondheidszorg Rivierduinen, specialiseerde zij zich op het gebied van psychiatrie en verstandelijke beperking. Van 2009 tot 2016 werkte zij als psychiater, onderzoeker en later ook als manager en inhoudelijk programmaleider bij Kristal, Centrum voor psychiatrie en verstandelijke beperking van Rivierduinen. Jannelien participeert in diverse projecten die focussen op het vergroten van het bewustzijn van en de kennis over psychiatrische stoornissen bij verstandelijk beperkte patiënten, en dan met name zwakbegaafde patiënten. Ook haar onderzoek is hierop gericht. In 2016 promoveerde zij in Leiden op het onderwerp psychopathologie bij zwakbegaafdheid. Op dit moment werkt zij, net als haar beide medeauteurs, als zelfstandig ondernemer bij de Poli+.

j.wieland@poli-plus.nl

<http://www.poli-plus.nl>

Erica Aldenkamp (Enschede, 1958) is GZ-psychologe, manager en ondernemer. Na de pedagogische academie startte zij als groepsleidster in de verstandelijkgehandicaptenzorg. Vanuit deze ervaring is zij orthopedagogiek gaan studeren aan de Rijksuniversiteit in Groningen. Na diverse jaren gewerkt te hebben met zowel kinderen als volwassenen binnen de VGZ is zij als behandelcoördinator gaan werken in een observatie- en behandelkliniek voor kinderen met psychiatrische problematiek en een verstandelijke beperking. Vanaf 2003 tot 2014 was zij naast behandelaar ook als inhoudelijk manager betrokken bij het ontwikkelen van het team volwassenen Kristal, Centrum voor psychiatrie en verstandelijke beperking, een specialistische centrum binnen de GGZ.

In 2014 is zij gestart met Poli+. Poli+ wil door het bieden van goede patiëntenzorg, maar ook door advies en ondersteuning aan andere organisaties, scholing en onderzoek, bijdragen aan passende psychiatrische zorg voor mensen met een laag IQ (zwakbegaafdheid en verstandelijke beperking).

info@poli-plus.nl

<http://www.poli-plus.nl>

Annemarie van den Brink (Eindhoven, 1963) is GZ-psychologe en ondernemer. Na de middelbare school – via een tussenjaar aan de Evangelische Hogeschool in Amersfoort – is zij orthopedagogiek gaan studeren aan de Rijksuniversiteit van Utrecht. Diagnostiek en behandeling van psychische problemen bij mensen met een lager IQ loopt als een rode draad door haar werkzame leven. Ze heeft ruim vijftien jaar binnen de VGZ gewerkt. In 2004 maakte zij de overstap naar de GGZ. Als behandelaar bij Kristal, Centrum voor psychiatrie en verstandelijke beperking, een specialistisch centrum van Rivierduinen, specialiseerde zij zich in de diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen en (complexe) PTSS-klachten. Annemarie volgde daartoe de uitgebreide DGT-training bij Dialexis en werd EMDR Practitioner. Vanuit Kristal is zij betrokken geweest bij de ontwikkeling van aan zwakbegaafden aangepaste behandelmodules. Vanaf medio 2016 is Annemarie als zelfstandig ondernemer verbonden aan de Poli+. Ook verzorgt zij vanuit de Poli+ trainingen en workshops, met name over persoonlijkheidsproblematiek, emotieregulatie en (Complexe) PTSS-klachten bij mensen met een lager IQ.

a.vdbrink@poli-plus.nl

info@annemarievdbrink.nl

<http://www.poli-plus.nl>

<http://www.annemarievdbrink.nl>

Inleiding

Samenvatting

Dit boek gaat over een groep kwetsbare patiënten die, soms onopgemerkt, in zorg zijn binnen de reguliere geestelijke gezondheidszorg, maar soms ook al op voorhand worden doorverwezen naar specialistische centra: patiënten met psychische klachten en zwakbegaafdheid. We hebben het over een aanzienlijke groep: volgens de normaalverdeling heeft 13,6 % van de bevolking een intelligentie quotiënt tussen 70 en 85. Deze groep heeft een grotere kwetsbaarheid voor psychische stoornissen. Het tijdig (h)erkennen en begrijpen van de zwakbegaafdheid en het aanbieden van passende zorg zal leiden tot effectievere behandelingen.

1.1 Beperkt begrepen – 3

1.2 Laag IQ in de geestelijke gezondheidszorg – 3

1.3 Opbouw van het boek – 4

Wat fijn dat u dit boek ter hand heeft genomen. Misschien met duidelijke verwachtingen of juist met wat twijfels of het relevant is voor uw dagelijks werk? Dit boek gaat over een groep kwetsbare patiënten die, soms onopgemerkt, in zorg zijn binnen de reguliere geestelijke gezondheidszorg, maar soms ook al op voorhand worden doorverwezen naar specialistische centra: patiënten met psychische klachten en zwakbegaafdheid. Een aantal van hen zal hooggespecialiseerde behandeling nodig hebben. Een ander deel van hen kan effectief door u behandeld worden in de reguliere geestelijke gezondheidszorg, mits er aandacht is voor de gevolgen van het lage IQ voor diagnostiek en behandeling.

Psychische klachten kennen we allemaal wel in mindere of meerdere mate. De drempel om hulp in te schakelen kan behoorlijk hoog zijn. Als u die zelf genomen heeft, hoe wilt u dan behandeld worden? Vermoedelijk wilt u uw verhaal kunnen doen bij een behandelaar in de buurt, die bevoegd is, en die u helpt – in voor u begrijpelijke bewoordingen – om erachter te komen wat er met u aan de hand is en wat de mogelijkheden zijn qua behandeling. U verwacht een heldere verwijzing en eenvoudig beschikbare, effectieve diagnostiek en behandeling van uw klachten. Waarschijnlijk voert u – als mondige patiënt die weet wat hij wil en nodig heeft – samen met uw behandelaar de regie. De zorg wordt u op maat aangeboden. Niet te veel, maar zeker ook niet te weinig. Voor behandeling van psychiatrische stoornissen kunt u terecht bij de geestelijke gezondheidszorg. Dat klinkt logisch toch?

Voor de groep patiënten die centraal staat in dit boek is dit echter helemaal niet zo vanzelfsprekend. Neem bijvoorbeeld Johan. Hij wordt van het kastje naar de muur gestuurd. Johan heeft lang gewacht voordat hij met forse angstklachten eindelijk naar de huisarts is gegaan. Bij Johan is ooit een intelligentiequotiënt (IQ) van 78 gemeten. De huisarts verwijst Johan door naar de geestelijke gezondheidszorg in de buurt voor een Basis GGZ-traject in verband met (vermoedelijk) panieklachten. Na enige tijd op de wachtlijst te hebben gestaan wordt direct na het intakegesprek geconcludeerd dat de behandeling daar voor Johan niet mogelijk is, als gevolg van zijn lage intelligentie. De geestelijke gezondheidszorg verwijst Johan terug naar de huisarts met het advies om hulp te zoeken binnen de zorg voor mensen met een verstandelijk beperking. Daar geeft men – na weer een tijdje wachten – aan geen behandeling te kunnen bieden maar wel een paar uur begeleiding. Johan is inmiddels een aantal maanden en twee intakegesprekken verder. Hij heeft van die intakegesprekken niet alles begrepen en heeft geen idee wat er nu gaat gebeuren. Zijn angstklachten zijn toegenomen. Hij gaat al een aantal weken niet meer naar zijn werk. De huisarts heeft na wat zoekwerk een gespecialiseerd centrum in de geestelijke gezondheidszorg gevonden, waar expertise is op het gebied van het behandelen van psychiatrische stoornissen bij patiënten met een lagere intelligentie. Helaas woont Johan op de verkeerde plek. Het betreffende centrum – op drie kwartier reisafstand – behandelt geen patiënten uit het postcodegebied van Johan. Johan zelf vond het sowieso al geen goed idee: hij is bang om te reizen en heeft er het geld niet voor.

Een schrijnend verhaal? Ja, maar helaas niet fictief. Dit boek gaat over mensen zoals Johan. Mensen die cognitief, qua sociale en emotionele ontwikkeling en qua praktische vaardigheden minder begaafd zijn. Ze wonen bij u in de buurt, leiden in veel opzichten een heel gewoon leven. Totdat zij psychiatrische klachten ontwikkelen; dan blijkt zorg voor hen minder toegankelijk en is het veel moeilijker om een passende behandeling te krijgen.

1.1 Beperkt begrepen

We hebben het over een aanzienlijke groep. Volgens de normaalverdeling heeft 13,6 % van de bevolking een intelligentie quotiënt tussen de 70 en 85. Op basis van hun IQ wordt deze groep aangeduid met de term zwakbegaafdheid. Maar zwakbegaafdheid gaat om meer dan alleen het cognitieve functioneren.

Zwakbegaafdheid is geen stoornis en geen beperking, maar wel een belangrijke kwetsbaarheid. Zwakbegaafden hebben een grotere kans op allerhande problemen; denk aan lichamelijke aandoeningen, psychosociale problemen en psychiatrische stoornissen. Soms ontstaan deze problemen al vroeg, wanneer zij opgroeien in ongunstige opvoedingssituaties. De kans dat zwakbegaafde mensen in hun leven met traumatische gebeurtenissen te maken krijgen is groot. De eisen van onze samenleving nemen bovendien toe. Het leven wordt door toenemende individualisering, focus op participatie en eigen verantwoordelijkheid, steeds complexer. Deze maatschappelijke veranderingen gaan ook de geestelijke gezondheidszorg niet voorbij. Zwakbegaafde patiënten worden in de huidige geestelijke gezondheidszorg beperkt begrepen. En zij begrijpen de spelregels in de zorg niet altijd even goed. Hoe vergaakt het een zwakbegaafde patiënt als hij zich digitaal moet aanmelden en online Routine Outcome Monitoring (ROM) -vragenlijsten krijgt toegestuurd? En hoe sluit u aan bij uw zwakbegaafde patiënten?

We zijn ervan overtuigd dat tijdig (h)erkennen en begrijpen van de zwakbegaafdheid en het aanbieden van passende zorg zal leiden tot minder mismatches. Meer begrip ten aanzien van de implicaties van zwakbegaafdheid voor de diagnostiek en behandeling draagt bij aan effectievere behandelingen. Dat is natuurlijk vooral van belang voor mensen zoals Johan, voor onze patiënten. Maar beter afgestemde geestelijke gezondheidszorg vermindert mogelijk ook verschuiving van problematiek naar andere echelons, zoals de verslavingszorg of forensische psychiatrie, met alle gevolgen van dien voor zorg- en maatschappelijke kosten.

Zwakbegaafde mensen zijn de afgelopen tijd vaak negatief in het nieuws. Opgemerkt wordt dat zij, samen met de groep licht verstandelijk beperkten, oververtegenwoordigd zijn in de forensische zorg, de verslaving- en de daklozenzorg. Hoeveel van de mensen die zo in het nieuws komen, hebben (ook) psychiatrische klachten die niet op tijd of effectief behandeld zijn? Onze hoop is dat (h)erkennen van zwakbegaafdheid bijdraagt aan een betere behandeling van psychische klachten.

1.2 Laag IQ in de geestelijke gezondheidszorg

In Nederland is er een aantal gespecialiseerde centra binnen de geestelijke gezondheidszorg waar met veel expertise patiënten behandeld worden bij wie sprake is van een ingewikkeld samenspel van psychiatrische problematiek en een verstandelijke beperking. Alle drie de auteurs van dit boek hebben jarenlang gewerkt binnen één van deze centra. In de loop van de jaren zagen we dat de groep zwakbegaafde patiënten onder hen groot was; patiënten die zich niet altijd thuis voelen in de wereld van mensen met een verstandelijke beperking, maar evenmin in de reguliere GGZ. Want ook daar is een deel van deze patiëntengroep in behandeling. Behandelaren zijn zich dit toenemend bewust, maar tegelijkertijd hebben ze moeite om de zwakbegaafde patiënten in hun caseload te herkennen. Soms voelen ze zich onthand en overwegen ze snelle doorverwijzing.

Wij pleiten ervoor dat de psychische klachten van ten minste een belangrijk deel van de zwakbegaafde patiënten behandeld kunnen worden in de reguliere centra, mits behandelaars vanaf de start een aantal aanpassingen doorvoeren in de behandeling. Gezien de grootte van deze groep patiënten lijkt dit ook een logische keuze. Behandelaars moeten daarvoor wel toegerust en gefaciliteerd worden. Maar waar haalt u die kennis vandaan? In de opleidingen wordt hier doorgaans weinig aandacht aan besteed. Hoe weet u welke aanpassingen de zorg voor uw patiënt beter maken? Zo is het idee voor dit boek geboren. Een boek, geschreven vanuit de praktijk en bedoeld voor onze collega's in de praktijk van de reguliere geestelijke gezondheidszorg: (GZ)-psychologen, sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen, psychotherapeuten, klinisch psychologen, psychiaters, systeemtherapeuten, vaktherapeuten of collega's die op een andere manier betrokken zijn bij de behandeling. We willen onze ervaringskennis met u delen en u ideeën aan de hand doen waarmee u uw behandeling makkelijker kunt afstemmen op deze patiënten. Dit komt de effectiviteit van de behandeling ten goede en – niet onbelangrijk – de tevredenheid van uw patiënt.

1.3 Opbouw van het boek

De eerste stap is natuurlijk dat u herkent wie van uw patiënten minder begaafd is. Dat is lang niet altijd zo eenvoudig. Aan het begin van dit boek staan we daarom stil bij het begrip zwakbegaafdheid, de afbakening ervan, de signalen die op zwakbegaafdheid kunnen duiden en de manieren om dit te onderzoeken. Daarna staan we stil bij de communicatie, de diagnostiek en de manier waarop u behandelingen kunt aanpassen. Speciale aandacht is er voor het omgaan met situaties waarbij patiënten met een lager IQ in crisis zijn. Ten slotte staan we stil bij de organisatie van de zorg. Als we goede psychiatrische zorg willen voor iedereen, ongeacht de intelligentie van de patiënt, zijn structurele veranderingen in de zorg nodig. Dit kost tijd en valt misschien ten dele buiten uw en onze directe invloedssfeer, maar is wel een punt van aandacht. Voor diegenen die nu al aan de slag willen gaan, bevat het boek vooral veel praktische aanpassingen waar u in de praktijk van elke dag direct iets aan heeft.

Dit boek pretendeert geen wetenschappelijk handboek te zijn, al hebben we natuurlijk geprobeerd waar mogelijk onze ervaringen te koppelen aan wetenschappelijke bevindingen. Het aantal wetenschappelijke publicaties over zwakbegaafden is heel beperkt. Zwakbegaafden worden zowel in onderzoeken bij gemiddeld intelligente mensen als in onderzoeken bij mensen met een lichte verstandelijke beperking meestal niet geïncludeerd. We hebben als achtergrond voor dit boek zo veel mogelijk gekeken naar literatuur over zwakbegaafden. Waar we informatie vonden over mensen met een lichte verstandelijke beperking hebben we steeds gekeken in hoeverre die relevant zou kunnen zijn voor zwakbegaafde patiënten.

Ons boek richt zich op volwassen patiënten. In verband met de leesbaarheid gebruiken we steeds de mannelijke aanspreekvorm als we verwijzen naar de patiënt; natuurlijk bedoelen we hiermee ook de vrouwelijke patiënten.

Ten slotte: we gebruiken de termen 'zwakbegaafdheid' en 'laag intelligentiequotiënt (IQ)' door elkaar heen. We realiseren ons dat deze termen stigmatiserend kunnen overkomen. Het is allerminst onze bedoeling om mensen 'weg te zetten'. Integendeel. Met dit boek willen we zwakbegaafde patiënten juist in de spotlights zetten, zodat zij beter begrepen kunnen worden binnen de GGZ.

Zwakbegaafdheid

Samenvatting

Zwakbegaafdheid is een complex begrip waar nog weinig onderzoek naar gedaan is, terwijl de prevalentie ervan aanzienlijk is. Het is geen ziekte en geen beperking, maar wel een belangrijke kwetsbaarheid die predisponerend is in het ontstaan van psychische problemen en aandacht verdient in de diagnostiek en behandeling van alle psychiatrische stoornissen. In dit hoofdstuk wordt beschreven wat onder zwakbegaafdheid wordt verstaan. Aan bod komt de DSM-classificatie, maar ook een uitgebreide beschrijving van zwakbegaafdheid inclusief cognitieve aspecten, het niveau van sociaal en emotioneel functioneren en de praktische vaardigheden. Samen dragen deze factoren bij aan het adaptieve functioneren: de mate waarin iemand in staat is zich staande te houden in zijn context. Het ontbreekt aan een heldere definiëring en afgrenzing van het begrip zwakbegaafdheid. Begripsvervaging draagt bij aan de onzichtbaarheid van deze groep patiënten, die zich juist in toenemende mate bevinden in de gezondheidszorg, de verslavingszorg en de strafrechtelijke keten.

2.1 Zwakbegaafdheid: terminologie en definiëring – 6

2.2 Classificatie van zwakbegaafdheid in de DSM-IV-TR en DSM-5 – 9

2.2.1 Adaptief functioneren – 10

2.2.2 Cognitie/intelligentiequotiënt (IQ) – 12

2.2.3 Het sociale en het emotionele functioneren – 16

2.2.4 Praktische vaardigheden – 18

2.3 Zwakbegaafdheid in de GGZ – 18

Literatuur – 19

2.1 Zwakbegaafdheid: terminologie en definiëring

In dit boek staan patiënten centraal die veelal binnen de reguliere geestelijke gezondheidszorg (GGZ) behandeld worden maar van wie vaak niet bekend is dat zij een laag intelligentiequotiënt (IQ) hebben. Hoe komt u tot een goede diagnose als uw patiënt de klachteninventarisatie niet goed begrijpt en incongruent invult? Wat doet u als blijkt dat de reguliere behandelingen te moeilijk zijn voor uw patiënt? Wat is uw strategie als ogenschijnlijk goede gesprekken met uw patiënt niet leiden tot daadwerkelijke verandering? Als de gemaakte afspraken niet bekliven? Kan het zijn dat uw patiënt een laag IQ heeft? En als dit zo is, weet u dan hoe u uw behandeling kunt aanpassen en effectiever kunt maken?

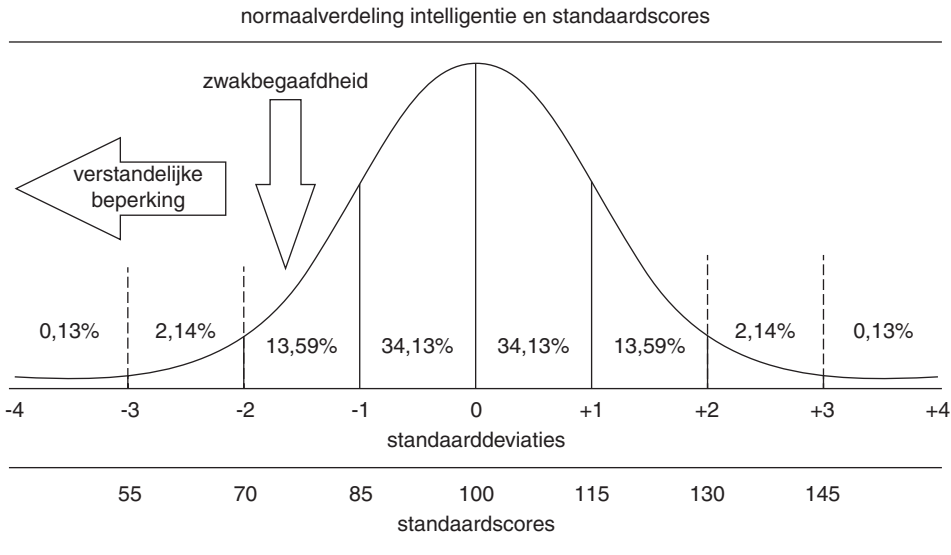
Kees

Kees is 42 jaar oud, getrouwd, vader van twee kinderen en kostwinner in het gezin. Hij heeft jaren bij de bloemenveiling gewerkt tot hij in de ziektewet terecht kwam in verband met paniekaanvallen en lichamelijke klachten. Psychische klachten waren er al langer. Kees is daarvoor een aantal keer behandeld bij de GGZ, ambulant en via dagbehandeling. Hij bezoekt frequent zijn huisarts, die hem de nodige benzodiazepines heeft voorgeschreven. Daarnaast is hij uitgebreid bekend bij verschillende medisch specialisten (zoals de internist en de neuroloog), die geen medische oorzaak kunnen vinden voor de aanhoudende klachten.

Op alle fronten loopt Kees vast. Hem wordt verweten dat hij zich onvoldoende inzet voor de behandeling. Er wordt intelligentieonderzoek gedaan. Kees behaalt een Totaal IQ (TIQ) van 76.

Mensen met beperkingen in het intellectuele functioneren zijn in de loop van de geschiedenis aangeduid met een scala aan – al dan niet overlappende – termen. Vandaag de dag worden vooral de termen ‘zwakbegaafd’ en ‘verstandelijk beperkt’ gebruikt om mensen met een lager IQ aan te duiden. In dit hoofdstuk gaan we in op de definiëring van zwakbegaafdheid. We bespreken de grenzen van dit begrip, de operationalisatie ervan en de beschrijving in de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) (APA 2000, 2014).

De termen zwakbegaafdheid en verstandelijke beperking verwijzen strikt genomen naar afzonderlijke cognitieve niveaus van functioneren. In werkelijkheid omvat zwakbegaafdheid natuurlijk veel meer dan alleen intelligentie – daarover later meer. We beginnen bij de cognitieve factor. Intelligentietesten zijn zo ontworpen dat IQ-scores in een populatie bij benadering normaal verdeeld zijn. De gemiddelde score op een IQ-test wordt gesteld op 100. Het grootste deel van de mensen, ongeveer 70 %, scoort op een IQ-test binnen een standaarddeviatie rondom dit gemiddelde, oftewel een IQ tussen 85 en 115. Dit noemen we een gemiddelde intelligentie. We spreken van zwakbegaafdheid als iemand tussen één en twee standaarddeviaties onder het gemiddelde scoort: een IQ van tussen de 70 en 85. Bij een IQ kleiner of gelijk aan 70 is er sprake van een verstandelijke beperking. Als je zwakbegaafd bent, functioneer je cognitief dus op de grens tussen normaalbegaafd en verstandelijk beperkt. De internationale term voor zwakbegaafdheid, *borderline intellectual functioning* (BIF), geeft dit goed weer.



■ **Figuur 2.1** Normaalverdeling intelligentie (Wieland 2016a)

Intelligentie

Het totale intelligentiequotiënt (TIQ) is een score zoals die behaald wordt op een gestandaardiseerde test ontworpen om menselijke intelligentie te meten. De mediane ruwe score van de normatieve sample wordt gedefinieerd als een IQ van 100. Elke standaarddeviatie (SD) naar boven of beneden staat gelijk aan 15 IQ-punten. Door deze definitie haalt ongeveer twee derde van de bevolking een TIQ tussen 85 en 115. Zwakbegaafdheid wordt gedefinieerd als een IQ tussen 1 en 2 SD onder het gemiddelde (TIQ 70–85); verstandelijke beperking wordt gedefinieerd als een IQ van 2 SD of meer onder het gemiddelde (TIQ < 70).

Bron: Wieland (2016b).

Volgens de normaalverdeling scoort 13,6 % van de Nederlandse bevolking op een IQ-test tussen de 70 en 85. Iets meer dan 2 % van de Nederlandse bevolking scoort een IQ onder de 70 (■ fig. 2.1).

In Nederland is sinds een aantal jaren de gewoonte ontstaan om de term ‘lichte verstandelijke beperking’ (LVB) op te rekken en te gebruiken als universele aanduiding voor zowel de groep mensen die volgens de DSM geclassificeerd zouden worden als licht verstandelijk beperkt, als de mensen die op zwakbegaafd niveau functioneren en problemen ervaren in adaptief functioneren. Dit brede gebruik van de term LVB leidt vaak tot spraakverwarring – niet alleen bij patiënten en hulpverleners, maar ook bij onderzoekers, beleidsmakers en politici. Het draagt bij aan de beperkte zichtbaarheid van zwakbegaafde mensen in Nederland en sluit niet aan bij het internationale gebruik van de termen *intellectual disability* en *borderline intellectual functioning*. De term zwakbegaafdheid zelf is overigens ook geen ideale term en lang niet iedereen weet deze aanduiding correct te gebruiken.