

Cover Page



Universiteit Leiden



The handle <http://hdl.handle.net/1887/38454> holds various files of this Leiden University dissertation

**Author:** Wieland, Jannelien

**Title:** Psychopathology in borderline intellectual functioning : explorations in secondary mental health care

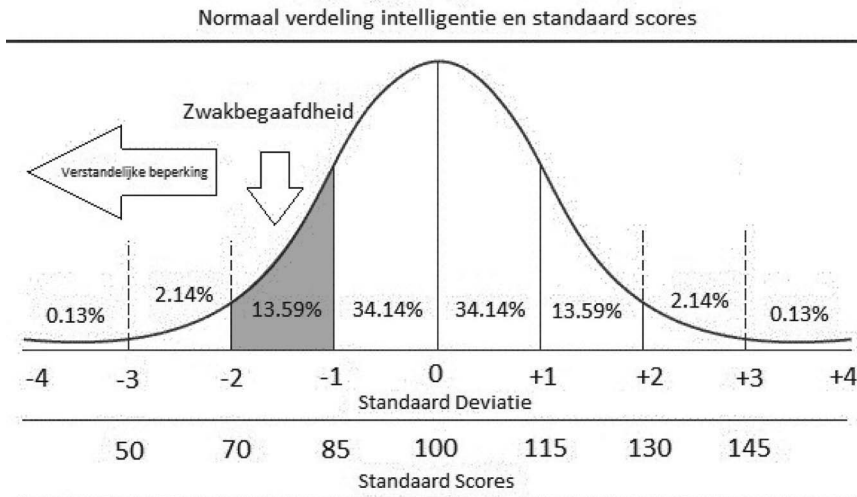
**Issue Date:** 2016-03-01

# Nederlandse samenvatting



## Zwakbegaafdheid

Dit proefschrift gaat over psychiatrische stoornissen bij mensen met zwakbegaafdheid. Met zwakbegaafdheid bedoelen we een niveau van intellectueel functioneren dat lager is dan bij ‘normale’ of gemiddelde intelligentie en hoger dan bij een verstandelijke beperking. Dat is het beste uit te leggen met behulp van de normaalverdeling van intelligentie (zie figuur 1). 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. 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 13,59% van de bevolking in deze categorie; ofwel meer dan 2 miljoen Nederlanders.



**Figuur 1.** Normaalverdeling van intelligentie in de algemene bevolking. Intelligentie quotiënt (IQ) is een score zoals die behaald wordt op een gestandaardiseerde test ontworpen om menselijke intelligentie te meten. De mediane ruwe score van de normatieve steekproef wordt gedefinieerd als een IQ van 100. Elke standaarddeviatie (SD) naar boven of beneden staat gelijk aan 15 IQ punten. Door deze definitie scoort ongeveer tweederde van de bevolking een TIQ tussen 85 en 115. Zwakbegaafdheid wordt gedefinieerd als een IQ tussen 1 en 2 SD onder het gemiddelde (IQ 70-85) en verstandelijke beperking wordt gedefinieerd als een IQ van 2 SD of meer onder de gemiddelde (IQ < 70).

Zwakbegaafde mensen vallen niet op in de maatschappij. Ze zijn niet makkelijk te herkennen aan bepaalde uiterlijke kenmerken, persoonlijkheidstrekken of gedrag. Ze proberen over het algemeen juist angstvallig om hun beperking te verbergen en ‘normaal’ te zijn. En dit lukt hen over het algemeen heel goed. Als mensen hun zwakbegaafd-

heid goed weten te verbergen helpt dit hen om zich te handhaven in de maatschappij. Maar de keerzijde is dat deze mensen altijd op hun tenen moeten lopen. Dit maakt hen kwetsbaar en verhoogt het risico op het ontstaan van psychische problemen en psychiatrische stoornissen. Dat dit zo is, is ook aangetoond in onderzoek. Toch lijkt het er op dat zwakbegaafde mensen minder vaak behandeld worden voor hun psychische problemen. En als ze al behandeld worden krijgen ze vaker medicatie en minder vaak psychotherapie. Daar komt bij dat ze vaak te hoog ingeschat worden. Ze krijgen dan een uitleg over ziekte en behandeling die voor hen te ingewikkeld is.

In dit proefschrift wordt onderzoek beschreven naar de aard en ernst van psychische symptomen en psychiatrische stoornissen bij mensen met zwakbegaafdheid die in verband met ernstige psychische klachten verwezen werden naar een gespecialiseerd centrum waar zwakbegaafdheid een specifiek aandachtspunt is.

### **Zwakbegaafdheid als diagnostische categorie**

Zo eenvoudig als we net zwakbegaafdheid hebben uitgelegd is de diagnostiek ervan helaas niet. Zwakbegaafdheid is natuurlijk veel meer dan alleen een 'slechte score' op een IQ test. Maar om precies uit te leggen wat zwakbegaafdheid dan wel inhoudt, is ook moeilijk. 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 psychiatrische aandoeningen, 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. 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 ze toen zwakzinnigheid noemden. Deze plek werd nu ingenomen door lichte zwakzinnigheid (IQ 50-70). Later is dit lichte verstandelijke beperking 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 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 meerdere malen zijn aangepast. Wat het extra lastig maakt is dat er in de nieuwste versie van de DSM, de DSM-5, helemaal geen IQ grenzen meer gegeven worden voor zwakbegaafdheid. Daarmee is het nog moeilijker geworden om zwakbegaafdheid goed te classificeren. Nu zwakbegaafdheid niet meer in het lijstje voorkomt met de niveaus van ernst van verstandelijke beperking en zelfs geen duidelijke criteria meer heeft, lijkt het wel alsof de classificatiesystemen van psychische stoornissen samenzweren met zwakbegaafde

mensen om hun psychische problemen te verbergen. Daarom is het niet verwonderlijk dat er weinig aandacht is voor zwakbegaafdheid als bijkomende diagnose bij andere psychiatrische stoornissen.

### **Specialistische zorg voor zwakbegaafde psychiatrische patiënten**

In de meeste landen worden zwakbegaafde mensen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) niet als aparte groep gezien. Ze worden behandeld in de ‘reguliere’ GGZ. Bijzonder in Nederland is het feit dat mensen met een IQ tussen 70 en 85, zwakbegaafdheid, wél in aanmerking komen voor behandeling in gespecialiseerde centra voor psychiatrie en verstandelijke beperking.

Helaas wordt zwakbegaafdheid dan vaak niet expliciet benoemd maar worden de zwakbegaafde patiënten samengevoegd met patiënten met een lichte verstandelijke beperking tot één groep met de naam Licht Verstandelijk Gehandicapten (LVG), of -tegenwoordig- Lichte Verstandelijke Beperking (LVB). Hiermee wordt dus een grotere groep mensen bedoeld dan de mensen volgens de classificatie van de DSM een lichte verstandelijke beperking hebben.

Rivierduinen, een grote regionale GGZ aanbieder in de Randstad, heeft een gespecialiseerd centrum voor mensen met psychiatrische stoornissen en een verstandelijke beperking met de naam Kristal Centrum Psychiatrie en Verstandelijke Beperking. Kristal heeft twee locaties; één in Leiden en één in Gouda. Kristal biedt integratieve multidisciplinaire diagnostiek en behandeling voor psychiatrische patiënten met een  $IQ < 85$ . Bij Kristal wordt gewerkt vanuit het ontwikkelingsperspectief. Dit betekent dat er in de diagnostiek en behandeling van psychiatrische stoornissen niet alleen rekening wordt gehouden met het IQ, maar ook met de sociale en emotionele ontwikkeling en het niveau van adaptief functioneren. Omdat de in verstandelijke beperking gespecialiseerde centra van Rivierduinen bij alle patiënten een IQ bekend is, kunnen we bij deze gespecialiseerde centra wél onderscheid maken tussen zwakbegaafdheid en een lichte verstandelijke beperking.

Gedurende de 10 jaar van haar bestaan heeft Kristal veel klinische ervaring opgebouwd met het diagnosticeren en behandelen van psychiatrische stoornissen bij patiënten met een laag IQ. Het diagnostisch proces en de behandeling van Kristal zijn aangepast aan de cognitieve, sociaal-emotionele en adaptieve vaardigheden van patiënten met een IQ onder de 85 en beschreven in een eigen zorgprogramma “Psychiatrie en Verstandelijke Beperking”.

### **Routine Outcome Monitoring**

Binnen de geestelijke gezondheidszorg willen wij graag het effect van de behandeling volgen. Om die reden worden voor, tijdens en na de behandeling de klachten en problemen van de patiënt gemeten met behulp van vragenlijsten. Het herhaald meten van klachten en problemen wordt *Routine Outcome Monitoring* (ROM) genoemd.

De resultaten van deze ROM-metingen worden door de behandelaar met de patiënt besproken. Door het vergelijken van resultaten op verschillende meetmomenten kunnen patiënten zien welke klachten en problemen verbeteren en welke niet. Indien nodig kan de behandeling worden aangepast.

De resultaten van de metingen worden ook gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek. Dit gebeurt anoniem. Patiënten weten dit en kunnen hier bezwaar tegen maken: als mensen niet willen dat hun ROM-gegevens voor onderzoek gebruikt worden, dan worden deze gegevens verwijderd.

Ook bij Kristal Centrum Psychiatrie en Verstandelijke Beperking wordt gebruik gemaakt van ROM. Toen we hier in 2009 een start mee maakten was het afnemen van vragenlijsten, met name zelfrapportage vragenlijsten, bij mensen met een lager IQ iets heel nieuws. Inmiddels wordt er in bijna alle centra gespecialiseerd in psychiatrie en verstandelijke beperking gebruik gemaakt van ROM.

Omdat we graag patiënten met hogere en lagere IQs met elkaar willen kunnen vergelijken, maken we zoveel mogelijk gebruik van dezelfde vragenlijsten als in de ‘reguliere’ psychiatrie, oftewel de regionale centra van Rivierduinen. Of dit mogelijk was, moesten we natuurlijk wel eerst bekijken. Een belangrijke stap in dit proefschrift was daarom het onderzoeken van de bruikbaarheid van de Brief Symptom Inventory (BSI), een veel gebruikte zelfrapportage vragenlijst in de ‘reguliere’ psychiatrie, bij mensen met een lager IQ.

Om ROM goed te kunnen gebruiken bij Kristal hebben we de werkwijze wel iets moeten aanpassen.

We vragen niet zomaar aan mensen om zelfstandig vragenlijsten in te vullen. Hun behandelaren helpen ze daar bij. We noemen deze werkwijze het ‘assisted completion format’. De behandelaar kan instructies of vragen samen lezen of voorlezen en eventueel de taal van sommige vragen aanpassen als deze voor de patiënt te moeilijk blijkt te zijn.

## **Doelstelling**

Het algemene doel van dit proefschrift was om meer zicht te krijgen op de aard en de ernst van de psychiatrische symptomen en psychiatrische stoornissen van poliklinische patiënten gediagnosticeerd met zwakbegaafdheid en onder behandeling in de tweedelijns GGZ. We gebruikten hiervoor geanonimiseerde diagnostische informatie uit het officiële registratiesysteem van het elektronisch patiëntendossier, onderzochten het nut en de psychometrische eigenschappen van de BSI en gebruikten vervolgens ROM-gegevens van patiënten uit de ‘reguliere’ GGZ en patiënten met zwakbegaafdheid of een lichte verstandelijke beperking om te kijken naar symptoomprofielen en voorspellende factoren voor behandeling.

## Belangrijkste bevindingen

In **hoofdstuk 1** van dit proefschrift worden, net als in deze samenvatting, de theoretische achtergronden en de klinische praktijk beschreven. In **hoofdstuk 2** wordt een overzicht gegeven van het begrip zwakbegaafdheid. Wat is de betekenis van de classificatie zwakbegaafdheid en op welke plekken kun je zwakbegaafdheid terugvinden in internationale classificatiesystemen voor psychiatrische stoornissen zoals de DSM? We beschrijven hoe zwakbegaafdheid in de loop van de tijd beetje bij beetje een andere betekenis kreeg en hoe de classificatie door de verschillende edities van de DSM ‘reisde’ om uiteindelijk in de nieuwste editie letterlijk als laatste classificatie te eindigen. En zonder duidelijke definitie. Immers het laatste criterium voor het vaststellen van zwakbegaafdheid, een IQ tussen 70 en 85, wordt niet meer genoemd in de DSM-5. In ons overzicht beschrijven we het belang van een goed gedefinieerde classificatie en hernieuwde aandacht voor zwakbegaafdheid. Zwakbegaafde mensen vormen een kwetsbare groep in de maatschappij én in de geestelijke gezondheidszorg. Tegelijkertijd blijven ze in de zorg op dit moment een grotendeels verborgen. Zwakbegaafdheid wordt zelden herkend in de geestelijke gezondheidszorg en is grotendeels onzichtbaar in onderzoek.

In **hoofdstuk 3** beschrijven we de resultaten van een onderzoek naar het voorkomen van verschillende psychiatrische stoornissen bij zwakbegaafde poliklinische patiënten onder behandeling bij Kristal Centrum Psychiatrie en Verstandelijke Beperking. Op die manier wilden we meer te weten komen over welke psychiatrische stoornissen veel voorkomen bij zwakbegaafde patiënten en of dit anders is dan bij patiënten met een hoger of een lager IQ. We vergeleken de officiële psychiatrische diagnoses, uit het elektronische patiëntendossier van drie groepen patiënten: zwakbegaafde patiënten, patiënten met een lichte verstandelijke beperking en patiënten onder behandeling in de ‘reguliere’ psychiatrie. In het onderzoek zaten 235 zwakbegaafde patiënten, 152 patiënten met een lichte verstandelijke beperking en 1026 patiënten uit de ‘reguliere’ psychiatrie ofwel de regionale centra van Rivierduinen.

Depressieve stoornissen en psychotische stoornissen bleken minder vaak gediagnosticeerd te worden bij zwakbegaafde patiënten in vergelijking met patiënten in de ‘reguliere’ tweedelijns psychiatrische zorg. Posttraumatische stressstoornissen en V-codes kwamen, in vergelijking met patiënten in ‘reguliere’ tweedelijnszorg, vaker voor. In vergelijking met patiënten met een lichte verstandelijke beperking kwamen psychotische stoornissen minder vaak voor.

In **hoofdstuk 4** bestudeerden we, bij dezelfde drie groepen patiënten, het voorkomen van persoonlijkheidsstoornissen. We ontdekten dat zwakbegaafde patiënten heel vaak gediagnosticeerd waren met een persoonlijkheidsstoornis (52,8%). Veel vaker dan patiënten in de ‘reguliere’ zorg (19,3%) en ook vaker dan patiënten met een lichte verstandelijke beperking (33,6%). De persoonlijkheidsstoornis ‘niet anderszins om-

schreven' en de borderline persoonlijkheidsstoornis kwamen het vaakst voor. Voor alle drie de groepen gold dat de mensen die gediagnosticeerd waren met een persoonlijkheidsstoornis in het merendeel van de gevallen ook een andere psychiatrische stoornis hadden, meestal een stemmingsstoornis of een angststoornis.

**Hoofdstuk 5** beschrijft de resultaten van een studie naar de toepasbaarheid van een veel gebruikte vragenlijst in de psychiatrie, de Brief Symptom Inventory (BSI), bij mensen met een lager IQ. De BSI is een zelfrapportage vragenlijst die in de geestelijke gezondheidszorg veel gebruikt wordt om psychische klachten in kaart te brengen en om bijvoorbeeld het effect van behandelingen te meten. Het voordeel van de BSI is dat je er veel verschillende symptomen mee in kaart kunt brengen en dat hij dus bruikbaar is bij een grote verscheidenheid aan psychiatrische stoornissen. De BSI heeft een totale score maar ook een aantal subschalen waarvoor je apart scores kunt berekenen. Zo heeft de BSI een subschaal *Depressie*, een subschaal *Angst*, een subschaal *Cognitieve problemen* en nog een paar subschalen. Het is één van de meest gebruikte vragenlijsten in de ROM.

In totaal werd de BSI afgenomen bij 224 patiënten met ofwel zwakbegaafdheid of een lichte verstandelijke beperking. De vragenlijst werd altijd samen met de patiënt ingevuld en voor een deel van de patiënten hielden we precies bij welke vragen ze moeilijk vonden. Mensen mochten zelf aangeven welke vragen ze moeilijk vonden, maar we controleerden ook of ze de vragen goed begrepen hadden.

De vragenlijst bleek een goede interne consistentie te hebben. Een goede interne consistentie betekent dat verschillende vragen in de BSI die hetzelfde willen meten (bijvoorbeeld of iemand angstig is) dat ook daadwerkelijk doen. Discriminante validiteit, ofwel of de vragenlijst onderscheid kan maken tussen verschillende begrippen, 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 structuur van de BSI bij mensen met een lager IQ het model volgt, dus dezelfde subschalen, zoals eerder voor de BSI beschreven bij een groep mensen die niet waren geselecteerd op grond van hun IQ. Conclusie uit dit onderzoek was dat de BSI een nuttige vragenlijst is voor het meten van psychische klachten bij mensen met zwakbegaafdheid of een lichte verstandelijke beperking.

Omdat er nog maar weinig onderzoek gedaan is naar het effect van zwakbegaafdheid op het soort en de ernst van de psychische klachten, oftewel hoe psychiatrische stoornissen er uit zien, bestudeerden we in **hoofdstuk 6** de meetresultaten op de BSI, direct de eerste keer dat hij werd afgenomen, bij zwakbegaafde patiënten met ofwel een depressieve stoornis, of een posttraumatische stressstoornis. We vergeleken de scores op de verschillende subschalen van de BSI en de BSI totaalscore van zwakbegaafde patiënten met de scores van mensen in de 'reguliere' psychiatrische zorg en mensen



met een lichte verstandelijke beperking. Om er voor te zorgen dat verschillen in scores niet veroorzaakt werden door leeftijd of geslacht werd hiervoor gecorrigeerd.

Uit dit onderzoek bleek dat zwakbegaafde depressieve patiënten minder ernstige depressieve klachten aangaven dan depressieve patiënten onder behandeling in de regionale centra van Rivierduinen. Ze gaven ook minder klachten aan op de subschalen *Problemen in de cognitieve functies* en *Teruggetrokkenheid*.

Er waren geen grote verschillen in BSI scores tussen patiënten met een posttraumatische stressstoornis uit de verschillende groepen. Wel scoorden licht verstandelijk beperkte patiënten met een posttraumatische stressstoornis lager op de subschalen *Depressie* en *Teruggetrokkenheid* dan patiënten uit de regionale centra van Rivierduinen. Omdat dit de eerste studie is die op deze manier psychische klachten vergelijkt tussen mensen met een hoger of een lager IQ wilden we vooral deze verschillen laten zien, maar we kunnen ze nog niet zo goed verklaren.

De laatste studie, die we beschrijven in **hoofdstuk 7**, is een eerste verkennende studie naar het verband tussen geslacht, leeftijd, IQ en cluster B persoonlijkheidsstoornissen en behandeluitkomst bij poliklinische patiënten met stemmings-, angst- en somatoforme stoornissen. We spreken in de psychiatrie van een persoonlijkheidsstoornis als iemand een vaste, starre manier van reageren heeft ontwikkeld op zeer uiteenlopende omstandigheden en daardoor persoonlijk of sociaal vastloopt. Mensen met een Cluster B persoonlijkheidsstoornis zijn impulsief en vinden het moeilijk om met hun emoties om te gaan.

Voor deze verkennende studie gebruikten hiervoor 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 is of is beëindigd. Bij 93 patiënten van Kristal keken we op die manier naar de invloed van geslacht, leeftijd, IQ en cluster B persoonlijkheidsstoornissen op het effect van de behandeling. Waarschijnlijk door het relatief kleine aantal patiënten was het voor de uitkomsten van dit onderzoek niet mogelijk om geheel uit te sluiten dat de uitkomsten niet op toeval berusten. Daarom kunnen we slechts voorzichtig zeggen dat het er op lijkt dat vrouwen, jong volwassenen en patiënten met een comorbide cluster B persoonlijkheidsstoornis, minder goed reageren op behandeling. Het maakte voor het effect van de behandeling niet uit of mensen zwakbegaafd waren of een lichte verstandelijke beperking hadden. Zwakbegaafde patiënten reageerden niet beter of slechter op behandeling dan patiënten met een lichte verstandelijke beperking.

Dit is een kleine, eerste, verkennende studie. Het zou mooi zijn als hij herhaald kan worden met grotere groepen patiënten. Dan kunnen ook andere factoren die mogelijk van invloed zijn op het effect van behandeling onderzocht worden.

## Algemene discussie

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. In dit proefschrift bestuderen we, voor de eerste keer, psychiatrische stoornissen en de aard en ernst van psychische klachten bij zwakbegaafde poliklinische patiënten. Het is daarbij heel bijzonder dat we de mogelijkheid hadden om zwakbegaafde patiënten te vergelijken met zowel patiënten uit de ‘reguliere’ psychiatrie als patiënten met een lichte verstandelijke beperking.

Het herkennen en vergelijken van deze verschillende patiëntengroepen is belangrijk vanwege de mogelijke implicaties voor diagnostiek en behandeling.

In dit proefschrift lieten we zien dat sommige psychiatrische stoornissen vaker of juist minder vaak worden vastgesteld bij zwakbegaafde patiënten dan bij patiënten in de ‘reguliere’ zorg of bij patiënten met een lichte verstandelijke beperking. Dit is belangrijke informatie omdat het invloed heeft op de manier waarop je de geestelijke gezondheidszorg voor deze groep patiënten organiseert. Dat veel zwakbegaafde patiënten een posttraumatische stressstoornis hebben bijvoorbeeld, betekent dat er behoefte is aan goed opgeleide behandelaren, die weten hoe ze behandelingen voor posttraumatische stressstoornissen kunnen toepassen, specifiek toegespitst op mensen met een lager IQ.

Dat zwakbegaafde patiënten vaak een persoonlijkheidsstoornis hebben betekent dat ook daar aangepaste behandelingen nodig zijn. In de ‘reguliere’ psychiatrie worden over het algemeen erg ‘cognitieve’ therapieën gebruikt, zoals *dialectische gedragstherapie* (DGT) en *Mentalisation Based Therapy* (MBT) die voor veel patiënten met een lager IQ te moeilijk zijn. Psychiatrische patiënten met een lager IQ hebben behoefte aan een behandeling met kleine concrete stappen en veel herhaling. Terwijl patiënten met een gemiddeld of hoger IQ zelf in allerlei situaties kunnen toepassen wat ze in de therapie in een enkele situatie hebben geleerd, moet dat zwakbegaafde mensen in veel meer situaties geleerd worden: er moet meer aandacht zijn voor generalisatie. Kristal Centrum voor Psychiatrie en Verstandelijke Beperking heeft de expertise voor aangepaste behandelingen voor posttraumatische stressstoornissen en voor persoonlijkheidsstoornissen.

Een belangrijke uitkomst van dit proefschrift is de bruikbaarheid van de BSI bij patiënten met zwakbegaafdheid of een lichte verstandelijke beperking. Dit heeft de mogelijkheden van ROM absoluut vergroot. 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. Je kunt bijvoorbeeld kijken of er verschillen zijn in de aard en ernst van psychische

klachten of kijken naar de effectiviteit van verschillende behandelingen bij mensen die op verschillende intellectuele niveau's functioneren.

In dit proefschrift hebben we deze mogelijkheden verkend door BSI symptoomprofielen, ofwel scores op de verschillende subschalen en scores van de BSI totaal, van zwakbegaafde patiënten te vergelijken met patiënten uit de regionale centra van Rivierduinen en patiënten met een lichte verstandelijke beperking. Ook onderzochten we met behulp van de BSI mogelijke voorspellers voor het effect van een behandeling.

### **Algemene conclusies en aanbevelingen voor verder onderzoek**

De resultaten van de studies in dit proefschrift laten zien dat het mogelijk is onderzoek te doen naar zwakbegaafdheid in de geestelijke gezondheidszorg. Focus op zwakbegaafdheid is belangrijk omdat zwakbegaafde patiënten in de GGZ een grote –en tot nu toe zeer beperkt herkende- groep vormen.

Volgens het Sociaal Cultureel Plan Bureau heeft ongeveer 2,2 miljoen mensen in Nederland een IQ tussen 70 en 85. In hun rapport “Zorg beter begrepen”, concludeert het Sociaal Cultureel Plan Bureau dat de zorgbehoeften van zwakbegaafde mensen tussen 1998 en 2011 verzesvoudigd zijn. Maatschappelijke ontwikkelingen zoals verminderde beschikbaarheid van eenvoudig werk, hogere eisen in het onderwijs en toenemende digitalisering zijn de belangrijkste verklaringen voor deze toename van de zorgbehoefte. Ondanks, of misschien wel vanwege deze toenemende zorgvraag heeft de Nederlandse regering besloten terughoudender te worden in het aanbieden van gespecialiseerde zorg voor zwakbegaafde mensen. Dit vermindert de ruimte voor preventieve zorg en begeleiding waardoor niet alleen het risico op psychosociale en gezondheidsproblemen toeneemt maar met name het risico op het ontwikkelen van psychiatrische stoornissen

Veel zwakbegaafde patiënten in de GGZ hebben een combinatie van vaak complexe psychiatrische stoornissen, een verscheidenheid aan psychosociale problemen en passend bij hun zwakbegaafdheid, cognitieve beperkingen en beperkingen in het sociaal emotionele en adaptieve functioneren.

Om deze complexe interactie tussen zwakbegaafdheid, psychiatrische stoornissen en psychosociale problemen adequaat aan te pakken is een actieve opsporing van zwakbegaafdheid in de geestelijke gezondheidszorg essentieel. Professionals moeten worden getraind in het herkennen van zwakbegaafdheid en in de extra praktische en communicatieve vaardigheden die nodig zijn voor adequate diagnostiek en behandeling van psychiatrische stoornissen bij zwakbegaafde patiënten.

Er is behoefte aan 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.



