



**CMPMedica**  
United Business Media

Tijdschrift voor  
**NEUROPSYCHIATRIE**  
**GEDRAGSNEUROLOGIE**

april 2009 – vol. 8 – nr. 3

**Geheugenwantrouwen  
in de praktijk**

*Drs. S. van Bergen*

**Psychopathologie  
geassocieerd met het  
beloningssysteem**

*Prof. dr. I.H.A. Franken*

*Drs. I.M.T. Nijs*

**Antipsychotica bij katatonie**

*Drs. A.M. van Sijl*

*Drs. J.K. Tijdink*

*Dr. A.C.M. Vergouwen*

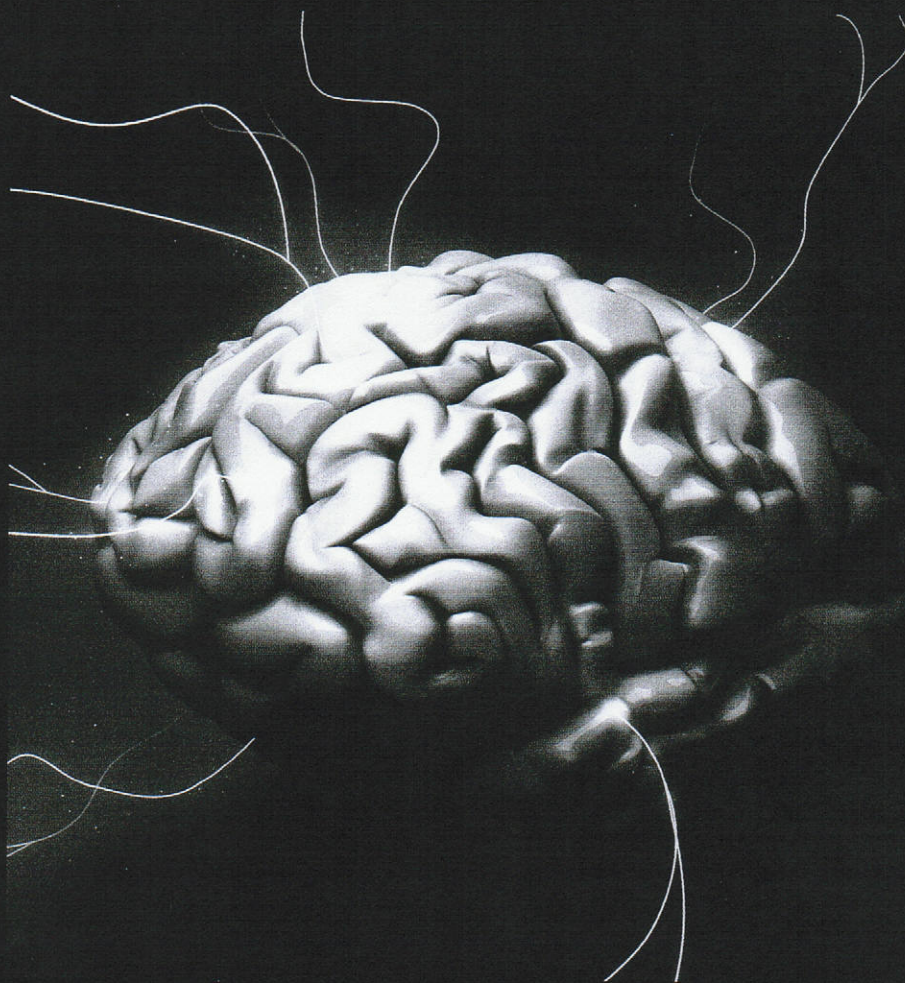
**Gottfried Benn**

*Prof. dr. J.E.J.M. Hovens*

**Psychiatrische diagnostiek bij  
verstandelijk gehandicapten**

*Prof. dr. W.M.A. Verhoeven*

*Dr. J.I.M. Egger*



## Psychiatrische diagnostiek bij verstandelijk gehandicapten

Prof. dr. W.M.A. Verhoeven  
Zenuwarts en opleider Psychiatrie  
Vincent van Gogh Instituut voor Psychiatrie, Venray  
Bijzonder hoogleraar, afdeling Psychiatrie, Erasmus MC, Rotterdam

Dr. J.I.M. Egger  
Klinisch psycholoog en opleider Klinische Neuropsychologie  
Vincent van Gogh Instituut voor Psychiatrie, Venray  
Universitair docent, Behavioral Science Institute, Radboud Universiteit Nijmegen

De diagnostiek van gedragsstoornissen en psychiatrische aandoeningen bij verstandelijk gehandicapten is buitengewoon complex vanwege het ontbreken van bruikbare diagnostische instrumenten en het geregeld vóórkomen van psychiatrische symptomen bij een specifieke genetische etiologie. In deze bijdrage wordt een diagnostisch algoritme voorgesteld.

De gangbare benadering van patiënten met een verstandelijke handicap en met gedragsproblemen en/of psychiatrische symptomen, is het openslaan van het DSM-zakboekje, het optellen van een aantal symptomen, het opplakken van een diagnostisch vignet gevolgd door een farmacologische interventie met specifieke middelen. Hierbij wordt echter vergeten dat de DSM-diagnosen tot stand zijn gekomen in consensusbijeenkomsten waarbij persoonlijke opvattingen van de panelleden prevaleerden boven empirische gegevens, in afwachting van externe validering van de diagnostische categorieën.<sup>1</sup> Het gevolg was dat comorbiditeit een explosieve groei doormaakte, de diagnose schizofrenie door onbekende oorzaak een eigen leven ging leiden en dat alle vergelijkbare psychotische stoornissen met een bekende (of waarschijnlijke) etiologie geclassificeerd moeten worden onder de rubriek Psychotische Stoornis door... (vermeld de somatische aandoening).<sup>2</sup>

Het brede ziekteconcept schizofrenie markeert ook helemaal niet een homogene aandoening. Dat is per definitie van toepassing op de DSM-diagnose zwakzinnigheid, waardoor het opstellen van farmacologische behandelrichtlijnen voor deze doelgroep een wat onzinnige exercitie wordt. Daarnaast is het voorschrijven van psychofarmaca aan verstandelijk gehandicapten met gedragsproblemen en/of psychiatrische stoornissen buitengewoon ingewikkeld, vanwege de relatieve schaarste aan gecontroleerde

onderzoeken. Het enige gemeenschappelijke is waarschijnlijk een verhoogde kwetsbaarheid voor het ontwikkelen van stressgerelateerde aandoeningen met in de regel atypische symptomen.<sup>3</sup> Daarom is het van groot belang de term 'verstandelijke handicap' af te schaffen, omdat deze slechts verwijst naar een verlaagd intellectueel functioneren bij een overigens zeer heterogene populatie.

In deze bijdrage presenteren de auteurs een diagnostisch algoritme dat voor een eventuele medicamenteuze interventie zou moeten worden gevolgd. Immers, een verstandelijke handicap is geen diagnose. Een eerste aanzet tot een dergelijk algoritme is al enkele jaren geleden door hen voorgesteld.<sup>4</sup>

### EXPRESINFO

**Een diagnostisch algoritme omvat het stapsgewijs vergaren van alle informatie uit de ontwikkelingsgeschiedenis, de familieanamnese, de genetische etiologie, de somatische en neurologische comorbiditeit en de omgevingsvariabelen.**

### Diagnostisch algoritme

De psychiater dient zich in principe te onthouden van snelle ongerichte psychofarmacologische interventies met welk preparaat dan ook. Dat is des te meer van belang omdat de psychiater in de meerderheid van de gevallen in consult wordt gevraagd voor een snelle symptomatische reductie van storend probleemgedrag, ook wel aangeduid

met de term *challenging behaviour*. Hierbij dient te worden aangetekend dat bij het psychiatrisch onderzoek van verstandelijk gehandicapten vooral gelet moet worden op gedragsequivalenten van psychiatrische symptomen binnen functionele domeinen zoals affect, motivatie en motoriek.<sup>4</sup>

Eigen onderzoek naar de consultvraag in een groep van 285 patiënten met een verstandelijke handicap liet zien dat het in 50% van de gevallen gaat om *challenging behaviour*.<sup>4</sup> Het is onwaarschijnlijk dat *challenging behaviour* in de meeste gevallen een uitdrukking is van een onderliggende psychiatrische stoornis.<sup>5</sup> Daarom moet de consultvraag worden vertaald in een omschrijving van het gedragsprobleem, toegelicht met behulp van bijvoorbeeld een korte videoregistratie en aangevuld met de bevindingen bij (neuro)psychologisch onderzoek.

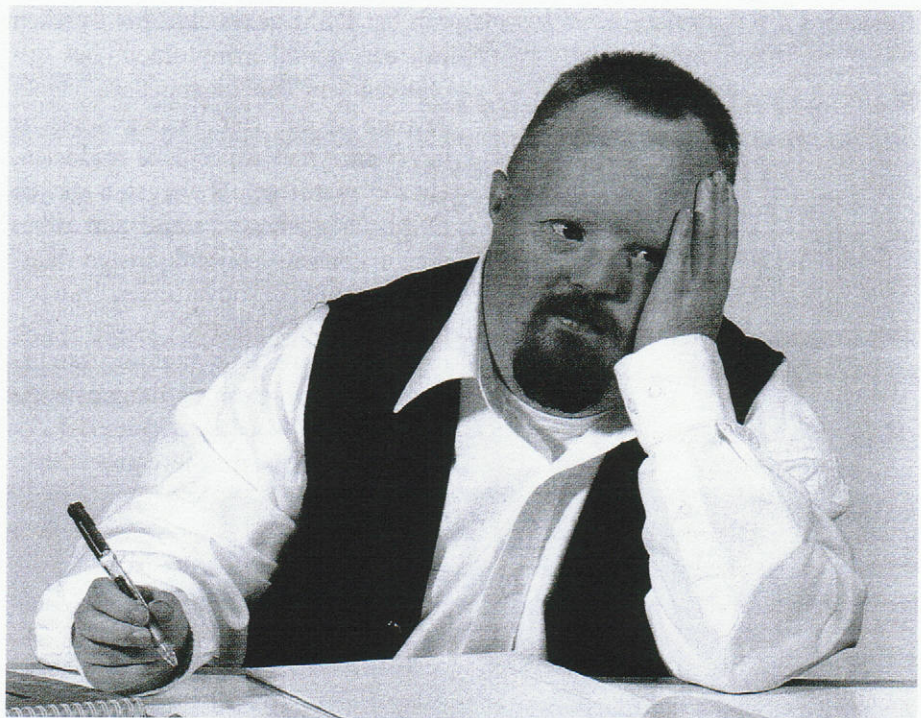
Psychiatrische beelden presenteren zich bij verstandelijk gehandicapten over het algemeen hetzelfde als in de 'gewone' psychiatrie. Dat wordt onder meer geïllustreerd aan de hand van onderzoeksresultaten uit midden jaren negentig van de vorige eeuw, waaruit bleek dat depressies zich frequent manifesteren als stoornissen in de agresieregulatie.<sup>6</sup> Bovendien dient men zich te realiseren dat stemmingsstoornissen in de zin van een episodische ontregeling van stemming en gedrag, zonder dat gesproken kan worden over een bipolair affectieve stoornis of een cyclothymie, geregeld voorkomen bij mensen met een hersenaandoening en ook bij verstandelijk gehandicapten.<sup>7</sup> In dat geval kan de term *unstable mood disorder* worden gebruikt, waarvoor primair een behandeling met natriumvalproaat<sup>a</sup> is aangewezen.<sup>8</sup> Daarnaast kunnen dysmorphieën direct wijzen op de aanwezigheid van een specifiek syndroom met een vergrote kans op het ontwikkelen van psychiatrische symptomen, zoals dementie en depressie

bij het downsyndroom, psychosen bij het 22q11-deletiesyndroom, bipolair affectieve stoornissen bij prader-willisyndroom, alsmede alexithymie bij het noonansyndroom.<sup>9,10</sup>

Een onmisbaar element in de opbouw van de differentiaaldiagnostiek is het vergaren van gegevens omtrent de ontwikkelingsgeschiedenis en de familieanamnese. Een goed voorbeeld hiervan is het autismespectrum dat als gedragsyndroom gekenmerkt wordt door stoornissen in de communicatie

ontwikkeling nadelig kunnen beïnvloeden, en anderzijds kunnen wijzen op de aanwezigheid van een specifiek syndroom.<sup>12</sup> Een betrouwbare familieanamnese is niet alleen van belang om erfelijke ziektes op te sporen, maar ook om uit te maken of het om een familiair voorkomende bipolair affectieve stoornis gaat of om een syndroomgebonden stemmingswisseling.

Onderzoek naar de etiologie van de verstandelijke handicap is altijd geïndiceerd en dient te worden herhaald



en de sociale interactie, en dat vaak geassocieerd is met een verstandelijke handicap al dan niet in de context van een genetisch syndroom, maar ook kan optreden als gevolg van een 'verworven' hersenafwijking.<sup>11</sup> Het vaststellen van een autismespectrumstoornis vormt dus niet het eindpunt van het diagnostische proces maar de start van een zoektocht naar de genetische etiologie.

Somatische bijzonderheden dienen ook nauwkeurig te worden geïnventariseerd, omdat deze enerzijds de

met de moderne technieken als eerder onderzoek geen afwijkingen aan het licht bracht. Zo mogelijk dient ook beeldvormend onderzoek van de hersenen te worden verricht. Indien het aanvullend onderzoek een syndroomdiagnose oplevert, moet allereerst de literatuur over de aandoening grondig worden bestudeerd. Verschillende syndromen kunnen namelijk vanaf de adolescentieleeftijd gepaard gaan met een specifiek psychiatrisch symptomencomplex waarvoor soms een gerichte farmacologische

behandelstrategie voorhanden is.<sup>9</sup> In dat geval spreekt men van een psychiatrisch fenotype, waarmee een vergrote kans op het ontwikkelen van een dimensioneel te beschrijven symptomencomplex wordt bedoeld. Uiteraard bestaat er voor verschillende syndromen ook een somatisch fenotype. Nadat de verkregen informatie systematisch gerangschikt is, moet eerst een aantal andere vragen worden beantwoord vóór het stellen van een voorlopige diagnose met het bijbehorende behandelplan.

De eerste vraag luidt: is er epilepsie of gebruik van anti-epileptica? Deze vraag is zeer relevant omdat ten minste een derde van de verstandelijk gehandicapten aan enige vorm van epilepsie leidt. Het gebruik van anti-epileptica op zichzelf kan gepaard gaan met psychotische klachten, zoals bij levetiracetam<sup>b</sup> en topiramaat<sup>c</sup>. Depressieve klachten en verwardheid worden vooral gezien bij behandeling met benzodiazepinen, fenobarbital en topiramaat.<sup>13</sup> Vervolgens gaat epilepsie nogal eens gepaard met psychosen, die zowel post- als interictaal kunnen optreden.<sup>14</sup> Epilepsie kan ook geassocieerd zijn met stemmingsstoornissen gekenmerkt door specifieke symptomen, waarbij een duidelijk onderscheid moet worden gemaakt tussen peri- en interictale vormen.<sup>15</sup> Ten slotte bestaan er bijzondere vormen van epilepsie zoals gelastische aanvallen bij hypothalamische hamartomen waarbij specifieke gedragsafwijkingen optreden.<sup>16</sup>

De tweede vraag luidt: wordt het gedragsprobleem mogelijk veroorzaakt door bijwerkingen van farmaca of door een lichamelijke ziekte? Hierbij moet men allereerst denken aan motorische stoornissen bij het gebruik van antipsychotica en antidepressiva, zoals (tardieve) akathisie of elektrolytstoornissen die zich kunnen presenteren als 'probleemgedrag' en agitatie. Het

vaststellen van een delier is in de regel moeilijk omdat de cognitieve component ervan niet goed kan worden beoordeeld en men vertrouwd moet zijn met het pre-existente gedragsrepertoire. Uit onderzoek bleek dat in een aanzienlijk percentage van de gevallen een delier de oorzaak is van het probleemgedrag.<sup>4</sup> Vrijwel alle lichamelijke en neurologische ziektes kunnen zich openbaren in de vorm van *challenging behaviour*. Soms blijkt er sprake te zijn van een nog niet eerder vastgestelde stofwisselingsziekte.<sup>17</sup>

De derde vraag luidt: wordt het gedragsprobleem direct of indirect door omgevingsvariabelen veroorzaakt? In dat geval moet het functionele karakter van het gedrag worden onderzocht en dient de interventie dan ook primair contextueel psychologisch van aard te zijn. Uit een cumulatief casuonderzoek bleek dit in 14% van de gevallen aan de orde te zijn.<sup>4</sup>

#### EXPRESINFO

**Een waarschijnlijkheidsdiagnose kan bestaan uit een psychiatrische ziekte al dan niet met atypische symptomen, een psychiatrisch fenotype of samenhangen met somatische/neurologische problemen of omgevingsfactoren.**

#### Waarschijnlijkheidsdiagnose

Als eerste dient te worden vermeld dat klassieke psychiatrische ziektebeelden (bijvoorbeeld schizofrenie en bipolair affectieve stoornis) zoals opgenomen in de categorale taxonomieën, bij verstandelijk gehandicapten niet vaker voorkomen dan in de normale populatie, met uitzondering van angst- en stemmingsstoornissen.<sup>18</sup>

Ten tweede bestaat er verwarring omtrent de begrippen pervasieve ontwikkelingsstoornis en aandachtstekort/hyperactiviteitsstoornis. Hierbij moet worden opgemerkt dat dit geen eendiagnosen zijn maar gedragsbe-

schrijvingen, overlappend met andere gedragsyndromen waarvan de oorzaak nog moet worden vastgesteld. Het is vanzelfsprekend dat hersenafwijkingen en intellectuele beperkingen een nadelige invloed hebben op de ontwikkeling van de contactuele vaardigheden zodat, naarmate het niveau van intellectueel functioneren lager is, dergelijke contactuele problemen toenemen. Men kan dit diagnosticeren als een autismespectrumstoornis, op voorwaarde dat er sprake is van een stoornis in gedrag en communicatie ten gevolge van de medische aandoening.<sup>11</sup> Dezelfde overweging is van toepassing op aandachtstekort en hyperactiviteit die hun oorsprong kunnen hebben in enerzijds een grote diversiteit aan hersenafwijkingen en ontwikkelingsstoornissen, en anderzijds somatische comorbiditeit en nevenwerkingen van 'gedragsmedicatie'. Het spreekt voor zich dat het begrip diagnose gereserveerd dient te worden voor aandoeeningen met een bekende etiologie en pathogenese, en niet moet worden verward met een symptoomcluster.<sup>2</sup>

Ten slotte is van de meest voorkomende genetische syndromen bij verstandelijk gehandicapten inmiddels veel bekend over het natuurlijke beloop, de ontwikkelingsgeschiedenis, somatische en neurologische afwijkingen met de daarbij behorende behandelingen en in mindere mate over de fenotypische presentatie op volwassen leeftijd.<sup>19</sup> De psychiatrische diagnostiek en behandeling moeten dan ook aansluiten op alle beschikbare wetenschappelijke en individuspecifieke informatie.

Uiteindelijk kan een waarschijnlijkheidsdiagnose worden geformuleerd, zoals een 'klassieke' psychiatrische stoornis al dan niet met een atypisch symptoomprofiel, een syndroomspecifieke psychiatrische stoornis (psychiatrisch fenotype), een gedrags/psychiatrische stoornis gerelateerd aan een

onderliggend somatisch/neurologisch lijden, of een stressgerelateerde gedragsstoornis eventueel in samenhang met omgevingsfactoren.

### Conclusie

Het is inmiddels obsoleet om verstandelijk gehandicapten als groep te duiden. Emancipatie en normalisatie van deze groep betekent allereerst het beschikbaar stellen van de vereiste specialistische medische zorg, zodat inzicht wordt verkregen in de etiologie van de verstandelijke handicap en de bijbehorende fenotypes in somatisch en neuropsychiatrisch opzicht. Het is veelzeggend dat zowel de gangbare praktijk als de wetenschappelijke literatuur zich vooral bezig houden met zoiets amorfs als gedragsproblemen, meestal aangeduid met de term *challenging behaviour*. Uit de algemene psychiatrie is bekend dat gedragsstoornissen niet reageren op farmacologische interventies tenzij er sprake is van een behandelbaar psychiatrisch symptoom. In andere gevallen is er sprake van een contextuele psychologische behandeling gericht op de verbetering van disfunctionele patiënt-omgevingsinteracties of van een symptomatische behandeling, waarbij de toegepaste dosering hoog genoeg is om een algehele remming van gedrag te veroorzaken.<sup>20</sup>

Het grootste probleem bij het voorschrijven van psychofarmaca aan verstandelijk gehandicapten is de psychiatrische diagnostiek aangezien noch verstandelijke handicap noch *challenging behaviour* een medische diagnose is. Naar analogie van de psychopathologie bij neurologische beelden waarbij de psychiatrische diagnostiek ernstig wordt belemmerd door de top-downoriëntatie, is een empirische classificatie van psychiatrische symptomen vanuit het bottom-upmodel eigenlijk altijd gewenst, maar vooral bij verstandelijk gehandicapten.<sup>21</sup> Voor de psychiatrie is bemoeienis met het

veld van de verstandelijk gehandicapten daarom een van de boeiendste uitdagingen, zowel klinisch als wetenschappelijk, vooral ook omdat hier de unieke kans bestaat om psychiatrische symptomen te bestuderen in relatie tot een aangetoonde etiologie. ■

### Referenties:

1. Dutta R, Greene T, Addington J, et al. Biological, life course and cross-cultural studies all point toward the value of dimensional and developmental ratings in the classification of psychosis. *Schizophr Bull* 2007;33:868-76.
2. Van Praag HM. Nosologomania, een aandoening van de psychiatrie. *Tijdschr Psychiatr* 1999;41:703-12.
3. Verhoeven WM, Tuinier S. The psychopharmacology of challenging behaviours in developmental disabilities. In: Bouras N, editor. *Psychiatric and Behavioural Disorders in Developmental Disabilities and Mental Retardation*. Cambridge: Cambridge University Press; 1999, p. 295-316.
4. Verhoeven WM, Sijben AE, Tuinier S. Psychiatric consultation in intellectual disability: dimensions, domains and vulnerability. *Eur J Psychiatry* 2004;18:31-43.
5. Allan D, Davies D. Challenging behaviour and psychiatric disorder in intellectual disability. *Cur Opin Psychiatry* 2007;20:450-5.
6. Meins W. Symptoms of major depression in mentally retarded adults. *J Intell Disabil Res* 1995;39:41-5.
7. Janowsky DS, Davis JM. Diagnosis and treatment of depression in patients with mental retardation. *Curr Psychiatry Rep* 2005;7:421-8.
8. Verhoeven WM, Tuinier S. Cyclothymia or unstable mood disorder? A systematic treatment evaluation with valproic acid. *J Appl Res Intell Disabil* 2001;14:147-54.
9. Verhoeven W, Egger J, Tuinier S. Thoughts on the behavioural phenotypes in Prader-Willi syndrome and velo-cardio-facial syndrome: a novel approach. *Acta Neuropsychiatr* 2007;19:244-50.
10. Verhoeven W, Wingbermühle E, Egger J, et al. Noonan syndrome: psychological and psychiatric aspects. *Am J Med Genet* 2008;146A:191-6.
11. Gillberg C, Billstedt E. Autism and Asperger syndrome: coexistence with other clinical disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102:321-30.
12. Prater CD, Zijlstra RG. Medical care of adults with mental retardation. *Am Fam Physician* 2006;73:175-83.
13. Besag FM. Behavioural effects of the newer antiepileptic drugs: an update. *Expert Opin Drug Saf* 2004;3:1-8.
14. Verhoeven WM, Gunning WB, Tuerlings JH, et al. Psychosen en epilepsie. *Tijdschr Psychiatr* 2006;48:809-14.
15. Rothenhäusler HB. Klinik, Diagnostik und Thera-

- pie epilepsie assoziierte depressiver Verstimmungen und Psychosen. *Nervenarzt* 2006;77:1381-92.
16. Veendrick-Meeke MJ, Verhoeven WM, Van Erp MG, et al. Neuropsychiatric aspects of patients with hypothalamic hamartomas. *Epilepsy Behav* 2007;11:218-21.
  17. Moog U, Van Mierlo I, Van Schroyen Lantman-de Valk HM, et al. Is Sanfilippo type B in your mind when you see adults with mental retardation and behavioral problems? *Am J Med Genet* 2007;145C:293-301.
  18. Cooper SA, Smiley E, Morrison J, et al. An epidemiological investigation of affective disorders with a population-based cohort of 1023 adults with intellectual disabilities. *Psychol Med* 2007;37:873-82.
  19. Cassidy B, Allanson JE. *Management of Genetic Syndromes*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons; 2005.
  20. Verhoeven WM, Tuinier S. Serenics: anti-aggression drugs throughout history. *Clin Neuropsychiatr* 2007;4:135-43.
  21. Lyketsos CG, Kozauer N, Rabins PV. Psychiatric manifestations of neurologic disease: where are we headed? *Dialogues Clin Neurosci* 2007;9:111-24.

Dr. S. Tuinier heeft meegewerkt aan een eerdere, veel uitgebreidere, versie van dit manuscript, maar is inmiddels helaas overleden.

### Correspondentieadres:

Prof. dr. W.M.A. Verhoeven  
Vincent van Gogh Instituut voor  
Psychiatrie  
Stationsweg 46  
5803AC Venray  
E-mailadres: wverhoeven@vvgi.nl

### In dit artikel genoemde geneesmiddelen

- |                     |                             |
|---------------------|-----------------------------|
| a. natriumvalproaat | Depakine, Orfiril, Propymal |
| b. levetiracetam    | Keppra                      |
| c. topiramaat       | Topamax                     |

## Benieuwd naar de opbrengst?

Duizenden Nederlanders zetten zich als vrijwilliger in voor het goede doel.

Bent u benieuwd wat de opbrengst van de collecte in uw gemeente is? Of wilt u weten wanneer er een collecte plaatsvindt?

Kijk dan op [cbf.nl](http://cbf.nl).



Financiële informatie over goede doelen [www.cbf.nl](http://www.cbf.nl)