

Cliëntgebonden factoren en fysieke agressie richting anderen en objecten bij mensen met een verstandelijke beperking

Masterthesis (200500130)

Universiteit Utrecht

Masteropleiding Pedagogische Wetenschappen

Masterprogramma Orthopedagogiek

2014-2015

C. van Kemenade (3767175)

Begeleider: Maureen Bult-Mulder

2^e beoordelaar: Kyung van Lieshout

Datum: 12-06-2015

Voorwoord

Voor u ligt mijn masterthesis, waarin onderzoek is gedaan naar de relatie tussen cliëntgebonden factoren en fysieke agressie richting anderen en objecten bij mensen met een verstandelijke beperking. Het onderzoek is uitgevoerd binnen het cluster gedrag van Lunet zorg. Met tevredenheid kijk ik terug op het proces en het eindresultaat. Ik hoop dat deze thesis bijdraagt aan de huidige wetenschappelijke kennis en aan de visie ten opzichte van agressie in de praktijk.

Voor een goed eindresultaat is samenwerking van belang, daarom wil ik als eerste mw. M.M.C. Keeris, medestudente, hartelijk danken voor haar inzet en de prettige samenwerking in het afgelopen jaar. Daarnaast gaat een bijzonder woord van dank uit naar mijn stagebegeleider dhr. M.W.J.M. Sterke, met wie ik samen kritisch heb nagedacht over de analyses en inhoud van mijn scriptie. Ook mijn docente mw. M.K. Bult (Universiteit Utrecht) wil ik hartelijk danken voor de begeleiding en steun in het afgelopen jaar. Tot slot bedank ik alle begeleiders uit het primaire proces van Lunet zorg, die hun medewerking hebben verleend aan het invullen van de vragenlijsten. Rest mij nog u veel plezier te wensen bij het lezen van mijn scriptie.

Chantal van Kemenade

Universiteit Utrecht

Juni 2015

Samenvatting

Doel: In deze thesis wordt de relatie onderzocht tussen cliëntgebonden factoren en agressie bij verstandelijk beperkten volwassenen. Blootstelling van personeel in de gehandicaptenzorg aan fysieke agressie door cliënten blijkt het risico op mentale problemen te vergroten. Dit onderzoek draagt bij aan een betere voorspelling van fysieke agressie bij cliënten, waardoor het beter leren omgaan met agressie door het personeel gefaciliteerd kan worden. **Methode:** De afhankelijke variabelen fysieke agressie richting anderen en objecten is onderzocht doormiddel van de Storend Gedragsschaal voor Zwakzinnigen (SGZ) en het Incident Meld Systeem (IMS) van Lunet zorg. De cliëntgebonden factoren (leeftijd, sekse, aanwezigheid van epilepsie, mate van verstandelijke beperking en autisme) zijn onderzocht door het afnemen van vragenlijsten bij begeleiding en een dossieranalyse. In totaal zijn er 143 vragenlijsten ingevuld en geïncludeerd in de analyse. **Resultaten:** Voor fysieke agressie richting anderen blijkt geen van de cliëntgebonden factoren significant gerelateerd. Voor fysieke agressie richting objecten (SGZ) daarentegen blijkt dat autisme positief significant gerelateerd is, $r(57)=.402$, $p<.01$, $r^2=.16$. Autismen verklaard 36.4% van de variantie van fysieke agressie richting objecten (SGZ). **Conclusie:** Op basis van de resultaten kan geconcludeerd worden dat voor fysieke agressie richting anderen er geen significante voorspellers zijn en dat voor fysieke agressie richting objecten alleen de aanwezigheid van autisme een significante voorspeller is. Hoewel deze studie bijdraagt aan de voorspelbaarheid van agressie is er voor een aantal cliëntgebonden factoren nog geen consistent beeld. Toekomstig onderzoek is daarom nodig om de voorspelbaarheid van fysieke agressie bij cliënten verder te vergroten en mentale problemen onder personeel te doen afnemen door het ontwikkelen van coping strategieën en de-escalatie technieken te faciliteren.

Abstract

Purpose: The purpose of this study is to examine the relationship between client-related factors and aggression in intellectually disabled. Aggression in clients has proved to be a risk factor for mental health problems among staff members. More research on the relationship between client-related factors and aggression is needed to increase the predictability of aggression in clients in the future. Which is an important first step in reducing mental health problems among staff members working with intellectual disabled people. **Method:** Physical aggression towards others and objects was measured with the disruptive behaviour scale for intellectual disabled people

(Storend Gedragsschaal voor zwakzinnigen [SGZ]) and the incident reporting system of Lunet zorg (Incident Meld Systeem [IMS]). The client-related factors (age, gender, epilepsy, degree of intellectual disability and autism) were measured by different assessment tools, such as questionnaires filled in by staff members and an analysis of the clients' file. A total of 143 questionnaires were returned and included in the analyses. **Results:** For physical aggression towards others none of the client-related factors appeared to be related. Only for aggression towards objects, the factor autism seems positively related, $r(57)=.402$, $p<.01$, $r^2=.16$. Autism explained 36.4% of the variance in physical aggression towards objects. **Conclusion:** Although this research contributes to the predictability of aggression, there are still inconsistent results of certain client-related factors. Future research is needed to improve the predictability of physical aggression in clients and indirectly reduce mental health problems among staff members, by facilitating the development of coping strategies and de-escalation techniques.

Cliëntgebonden factoren en fysieke agressie richting anderen en objecten bij mensen met een verstandelijke beperking

Bij volwassenen met een verstandelijke beperking (VB), hierna te noemen cliënten, is er vaker sprake van uitdagend gedrag dan bij mensen zonder een VB (Emerson, 2001). Uitdagend gedrag wordt omschreven als abnormaal gedrag met een dusdanige intensiteit, frequentie of duur, waardoor de veiligheid van de cliënt en/of anderen in gevaar wordt gebracht (Emerson, 2001). Een veelvoorkomende vorm van uitdagend gedrag in de gehandicaptenzorg is agressie. Uit onderzoek blijkt dat agressie bij verstandelijk beperkten het vaakste voorkomt als er eveneens sprake is van emotionele- en/of gedragsproblemen (Tenneij, Didder, Stolker, & Koot, 2009; Tyrer et al., 2006). Echter lopen de prevalenties van agressie in de gehandicaptenzorg in de verschillende studies uiteen van 9.8% tot 51.8% (Cooper et al., 2009; Crocker et al., 2006). Een verklaring hiervoor is het gebruik van verschillende definities. Dit blijkt uit de meta-analyse van McClintock Hall en Oliver (2003). De definitie van agressie in de geselecteerde studies loopt uiteen van 'het aanvallen van anderen' tot 'explosief gedrag richting eigendommen of anderen' (Tyrer et al., 2006). In deze thesis wordt een brede definitie van agressie gehanteerd, namelijk: "elk verbaal, non-verbaal of lichamelijk gedrag, dat bedreigend is naar zichzelf, anderen of objecten of lichamelijk gedrag dat daadwerkelijk schade toebrengt aan zichzelf, anderen of objecten" (Tenneij et al., 2009).

Agressie heeft ernstige gevolgen voor eventuele slachtoffers, de cliënt die fysieke agressief is, maar ook voor de personeelsleden in de gehandicaptenzorg (McMillan, Hastings, & Coldwell, 2004). Uit onderzoek blijkt dat personeelsleden die worden blootgesteld aan agressief gedrag van cliënten frequenter stress en mentale problemen, zoals een burn-out of depressie, ervaren (Hastings & Brown, 2002). De effecten van agressie op de mentale problemen verschillen echter per werknemer en hangen samen met persoonlijkheidskenmerken en de interpretatie van het waargenomen agressieve gedrag (Chung & Harding, 2009). Toch reageert een meerderheid van de personeelsleden met een negatieve emotionele reactie op uitdagend gedrag van cliënten (Wanless & Jahoda, 2002). Mentale problemen kunnen indirect daarmee ook de kwaliteit van de zorg beïnvloeden, doordat mentale problemen bij een personeelslid de kwaliteit van het werk negatief kunnen beïnvloeden (Rose, Horne, Rose & Hastings, 2004).

Naast persoonlijkheidskenmerken van het personeel speelt ook het type agressie een rol in de relatie tussen agressief gedrag en mentale problemen bij het personeel. In de literatuur worden er verschillende typen agressief gedrag onderscheiden. Daarbij komt verbale agressie het meeste voor binnen de gehandicaptenzorg (36,7%), gevolgd door fysieke agressie (Crocker, et al., 2006). Onder fysieke agressie wordt "lichamelijk gedrag verstaan dat bedreigend is of daadwerkelijk schade toebrengt aan zichzelf, anderen of objecten" (Tenneij et al., 2009). Fysieke agressie wordt opgedeeld in fysieke agressie richting zichzelf (24,4%), richting anderen (24,4%), richting objecten (24,0%) en seksuele agressie (9,8%) (Crocker et al., 2006). Fysieke agressie naar buiten toe, oftewel richting anderen of objecten, heeft daarbij de grootste invloed op mentale problemen bij het personeel, omdat de veiligheid van het personeel, door het risico op lichamelijke letsels, hierdoor in gevaar is. In deze studie wordt daarom gefocust op fysieke agressie naar buiten toe.

Fysieke agressie bij cliënten komt tot stand door een samenspel van factoren. cliëntgebonden factoren spelen daarbij een rol. Voorbeelden van cliëntgebonden factoren zijn sekse, leeftijd, de mate van VB, de aan- of afwezigheid van epilepsie en de aan- of afwezigheid van autisme. Over deze cliëntgebonden factoren is weinig informatie of er bestaan inconsistenties in de literatuur.

Een factor die volgens McClintock en collega's (2003) samenhangt met uitdagend gedrag en fysieke agressie is sekse. Het blijkt dat mannen met een VB vaker uitdagend gedrag vertonen dan vrouwen. Daarentegen stellen Tenneij en collega's (2009) dat er voor mannen niet significant meer agressie-incidenten worden gerapporteerd dan voor vrouwen. Gelijksortige discrepanties tussen onderzoeksresultaten worden gevonden voor de mate van de VB. Zo vinden Embregts, Didden, Schreuder, Huitink, en Van Nieuwenhuijzen (2009) geen relatie tussen de mate van VB en probleemgedrag. In ander onderzoek daarentegen wordt wel een relatie gevonden, waarbij de frequentie van agressief gedrag toeneemt, naarmate de VB ernstiger is (McClintock et al., 2003; Murphy et al., 2005; Smith & Matson, 2010; Tyrer et al., 2006). Verder blijkt de mate van VB ook gerelateerd aan het type agressie. Mensen met een lichte tot matige VB vertonen meer verbale agressie en mensen met een ernstigere VB. Zij vertonen juist vaker fysieke agressie en zelfverwondend gedrag (Crocker et al., 2006; McClintock et al., 2003).

In tegenstelling tot sekse en de mate van VB, bestaat er meer eenduidigheid over de relatie tussen autisme en agressie. Een enkel onderzoek vindt geen verband (Lovullo & Matson, 2009), maar een meerderheid van de onderzoeken daarentegen laat zien dat cliënten met autisme meer agressief gedrag vertonen dan cliënten zonder autisme (Matson & Shoemaker, 2009; McCarthy et al., 2010; Smith & Matson, 2010). Volgens McCarthy en collega's (2010) komt agressief gedrag vier keer vaker voor bij cliënten met autisme in vergelijking met cliënten met alleen een VB. McClintock en collega's (2003) vullen aan dat cliënten met autisme ook significant vaker bezittingen en objecten vernielen dan cliënten zonder autisme. Een mogelijke verklaring voor het verhoogde risico op agressief gedrag zijn de communicatieve en verbale vaardigheden van cliënten met autisme. Mensen met autisme hebben beperktere communicatieve en verbale vaardigheden (American Psychiatric Association [APA], 2000). Uit onderzoek blijkt dat beperkte communicatieve en verbale vaardigheden samenhangen met meer agressief gedrag (Crocker, Mercier, Allaire & Roy, 2007).

Ook met betrekking tot de relatie tussen epilepsie en fysieke agressie bestaat meer eenduidigheid. Epilepsie heeft zelfs een groter effect, met betrekking tot agressief gedrag, dan de aanwezigheid van autisme (Smith en Matson, 2010). Smith en Matson (2010) vinden een sterke significante relatie tussen epilepsie en agressief gedrag bij cliënten. Daarnaast wordt in ander onderzoek gesteld dat epilepsie regelmatig voorkomt in combinatie met gedragsproblemen en cognitieve beperkingen (Hermann, Jones, Jackson, & Seidenberg, 2012). Bij cliënten met epilepsie lijkt er dus vaker sprake te zijn van gedragsproblemen dan bij cliënten zonder epilepsie.

Enig resultaat dat niet significant gerelateerd lijkt aan agressie is de kalenderleeftijd van de cliënt. Dit blijkt uit onderzoek van Embregts en collega's (2009). In dit onderzoek wordt geen relatie tussen leeftijd en probleemgedrag bij cliënten gevonden. Echter is er weinig onderzoek gedaan naar deze relatie. Om adequate uitspraken over deze relatie te kunnen doen is aanvullend onderzoek noodzakelijk, zodat er meer empirische evidentie ontstaat.

Omdat de resultaten deels inconsistent zijn is het faciliteren van een betere omgang met agressie door begeleiders in de gehandicaptenzorg van belang, zodat mentale problemen afnemen en de kwaliteit van de zorg toeneemt, is het van belang dat risicofactoren voor agressie nader worden onderzocht (Tenneij et al., 2009). Onder andere het samenbrengen van factoren in een model zou eraan kunnen

bijdragen dat er een breder en meer helder beeld ontstaat van de verschillende factoren en het onderlinge samenspel. In dit onderzoek staan de volgende onderzoeksvragen centraal:

- Welke cliëntgebonden factoren zijn gerelateerd aan fysieke agressie richting anderen of objecten bij volwassenen met een verstandelijke beperking in een intramurale zorgsetting in Nederland?
- In welke mate voorspellen de gerelateerde cliëntgebonden factoren de mate van agressie richting anderen en objecten bij volwassenen met een verstandelijke beperking in een intramurale zorgsetting in Nederland?

Methode

De participanten zijn doormiddel van een selecte steekproeftrekking benaderd. Het onderzoek richt zich op Nederlandse volwassenen met een VB binnen Lunet Zorg. De doelgroep is een heterogene groep. Uit vooranalyses blijkt dat agressief gedrag het meeste voorkomt binnen het cluster gedrag. Het cluster gedrag van Lunet Zorg bestaat uit 175 volwassen cliënten met ernstige gedragsproblematiek.

Procedure

Voor het onderzoek zijn kwantitatieve data, oftewel de Storend Gedragsschaal voor Zwakzinnigen (SGZ) en de Autisme en Verwante stoornissenschaal voor Zwakzinnigen-Revised (AVZ-R), bij volwassenen met een VB verzameld door de twee studenten Orthopedagogiek. Daarnaast zijn benodigde kwantitatieve data middels een dossieranalyse uit het ECD gefilterd. Ook is de benodigde informatie per cliënt uit de incidentmeldingen van het Incident Meld Systeem (IMS) gehaald. Tot slot zijn alle gegevens door de onderzoekers ingevoerd in SPSS en geanalyseerd.

Het Elektronisch Cliënt Dossier (ECD)

Het ECD is het elektronisch dossier van de cliënt. Het ECD is een verzameling van gegevens. In de huidige studie wordt het ECD gebruikt om demografische-, medische-, en diagnostische gegevens te verkrijgen.

Als eerste wordt informatie over de leeftijd en het geslacht van de cliënt verkregen. Als tweede wordt gekeken of er bij de cliënt sprake is van epilepsie. Tot slot wordt ook informatie over de mate van VB uit het ECD gefilterd. Omdat de IQ-score bij veel cliënten ontbreekt vanwege problemen bij de afname van gevalideerde instrumenten, worden er twee methoden gebruikt om de mate van VB te bepalen. Bij de groep cliënten waarbij een IQ-score aanwezig is (N=95; 54.3%) worden de

richtlijnen van Kraijer & Plas (2006) aangehouden. Daarbij wordt gesproken van zwakbegaafdheid (IQ 71-85), licht verstandelijk beperkt (LVB; IQ 50-71), matig verstandelijk beperkt (MVB; IQ 35-50), ernstig verstandelijk beperkt (EVB; IQ 20-35) en diep verstandelijk beperkt (DVB; IQ <20). Bij de groep cliënten waarbij de IQ-score ontbreken (N=80; 45.7%) wordt een inschatting gemaakt van het cognitieve niveau door de gedragsdeskundige op basis van vragenlijsten, zoals de Sociale Redzaamheidsschalen voor Zwakzinnigen (SRZ; SRZ-i [interview vorm]; SRZ-P [te gebruiken vanaf lichte verstandelijke beperking]), en observaties.

Onderzoeksinstrumenten

Het Incident Meld Systeem (IMS) Het IMS wordt gebruikt voor het melden van incidenten waarbij sprake is van agressie door cliënten, oftewel agressie-incidenten. Aan het IMS ligt de Staff Observation Agression Scale-Revised (SOAS-R) ten grondslag (Nijman et al., 1999; Nijman & Palmstierna, 2002). Telkens wanneer begeleiding een agressie-incident waarneemt vult begeleiding een incidentformulier in. Begeleiding geeft daarbij een concrete beschrijving van het incident, geeft aan wat de aanleiding van het incident was, wie of wat het doelwit was, wat de consequenties zijn en welke handelingen zijn verricht om het incident te stoppen (Nijman et al., 1999; Nijman & Palmstierna, 2002; Tenneij et al., 2009). Van het IMS en de SOAS-R zijn geen betrouwbaarheids- en validiteitsbeoordelingen beschikbaar. Daarnaast is het aantal meldingen afhankelijk van het meldgedrag van het personeel (Nijman, Palmstierna, Almvik, & Stolker, 2005). Om deze beperking te ondervangen wordt ter vergelijking de Storend Gedragsschaal voor Zwakzinnigen (SGZ) meegenomen in het onderzoek.

De Storend Gedragsschaal voor Zwakzinnigen (SGZ) De SGZ is een observatielijst die de aanwezigheid van storend gedrag naar aard, frequentie en ernst bij cliënten meet. Deze vragenlijst is bruikbaar bij verstandelijk beperkten vanaf 3 jaar. De vragenlijst wordt ingevuld door één van de vaste begeleiders op de woongroep. De SGZ bestaat uit 32 items, die onder te verdelen zijn in de schalen Agressief storend gedrag (8 items), Verbaal storend gedrag (5 items) en Gemengd storend gedrag (19 items). Het gedrag wordt bij deze vragenlijst beoordeeld op een 5-punts frequentieschaal, die loopt van 0 (de afgelopen drie maanden niet voorgekomen) tot 4 (de cliënt vertoont het storend gedrag één of meer keer per dag en gemiddeld tenminste vijf dagen per week) (Kraijer & Kema, 1994).

Fysieke agressie richting anderen wordt in deze vragenlijst gemeten door de schaal agressief storend gedrag. Deze schaal wordt daarom meegenomen in de analyse. Daarnaast wordt fysieke agressie richting objecten in deze vragenlijst gemeten door de scores op de items die aansluiten bij de definitie van fysieke agressie richting objecten (19 [kleding scheuren]; 20 [vernielen van voorwerpen]; 21 [gooien met voorwerpen]) op te tellen en als somscore mee te nemen in de analyse.

De test-hertestbetrouwbaarheid is matig tot voldoende. De scores lopen uiteen van $r=.68$ (na 3 maanden) tot $r=.42$ (na 5 jaar). De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de SGZ is $r=.75$. Tot slot liggen de Kuder-Richardson waarden van de SGZ voor de vier normgroepen tussen de $.80$ en $.85$. De interne consistentie is daarmee hoog. Ook de begripsvaliditeit en de criteriumvaliditeit zijn door de COTAN beoordeeld als goed (Egberink, Janssen & Vermeulen, 1995). Op basis van deze gegevens blijkt dat de SGZ een betrouwbare en valide test is.

De Autisme en Verwanten stoornissenschaal voor Zwakzinnigen-Revised (AVZ-R) De AVZ-R is een beoordelingsschaal die ondersteunend is bij de vaststelling van autisme en verwante stoornissen bij mensen met een VB. Het meet symptomen die passen bij een pervasieve ontwikkelingsstoornis. De vragenlijst bestaat uit 12 items. De totale AVZ-R score heeft een bereik van 0 t/m 19. Middels cutoff scores wordt geclassificeerd voor N (=Niet PDD; cutoff score 0-6), T (=Twijfel; cutoff score 7-9) of PDD (=pervasieve ontwikkelingsstoornis; cutoff score 10-19) (Kraijer, 1990).

De stabiliteit van de AVZ-R loopt uiteen van $r=.81$ (tussentijd 6 maanden) tot $r=.70$ (tussentijd 14 jaar). De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de AVZ-R is goed en varieert van $.83$ tot $.89$. Tot slot is er sprake van een hoge interne consistentie (Cronbach's alfa $.78$). Op basis van deze gegevens wordt de AVZ-R door de COTAN als betrouwbaar beoordeeld (Egberink, Janssen & Vermeulen, 1995a). De AVZ-R is volgens de COTAN ook een valide test. De begripsvaliditeit en de criteriumvaliditeit worden beoordeeld als goed en voldoende (Egberink et al., 1995a).

Data analyse

In dit onderzoek worden vier afhankelijke variabelen onderscheiden, namelijk: fysieke agressie richting anderen volgens het IMS, fysieke agressie richting anderen volgens de SGZ, fysieke agressie richting objecten volgens het IMS en fysieke agressie richting objecten volgens de SGZ. Daarnaast worden er vijf onafhankelijke

variabelen onderscheiden, namelijk : sekse, leeftijd, mate van VB, de aanwezigheid van epilepsie en de AVZ-R score, oftewel de cliëntgebonden factoren.

Omdat op basis van vooranalyses blijkt dat een groot deel van de steekproef nauwelijks of geen fysieke agressie richting anderen of objecten vertoont en juist het onderzoeken van cliëntgebonden factoren bij de groep waarbij wel sprake is van fysieke agressie van belang is om de voorspelbaarheid van fysieke agressie in de praktijk te vergroten, worden voor de vier afhankelijke variabele telkens twee groepen onderscheiden, namelijk de groep “nauwelijks/geen fysieke agressie” en de groep “wel fysieke agressie”. Daarbij vormen telkens het eerste en tweede kwartiel de groep “nauwelijks/geen fysieke agressie” en het derde en vierde kwartiel vormen de groep “wel fysieke agressie”. Dit betekent dat voor de afhankelijke variabele fysieke agressie richting anderen geldt dat bij het IMS cliënten met een score van vier of hoger behoren tot de groep “wel fysieke agressie” en dat bij de SGZ cliënten met een score van drie of hoger behoren tot de groep “wel fysieke agressie”. Voor fysieke agressie richting objecten betekent dit dat bij zowel het IMS als de SGZ cliënten met een score van 2 of hoger behoren tot de groep “wel fysieke agressie”.

Na het onderscheiden van deze groepen wordt door de Chi-square test of contingencies (sekse & epilepsie), de independent sample *t* test (leeftijd & AVZ-R score) en de Mann-Whitney *U* test (mate van VB) getoetst of de groepen “wel fysieke agressie” en “nauwelijks/geen fysieke agressie” bij de vier afhankelijke variabele significant van elkaar verschillen op de cliëntgebonden factoren.

Vervolgens wordt voor de eerste onderzoeksvraag getoetst of de cliëntgebonden factoren gerelateerd zijn aan de vier afhankelijke variabelen, waarbij telkens alleen de groep “wel fysieke agressie” wordt meegenomen in de analyse. Voor het beantwoorden van de eerste onderzoeksvraag wordt gebruik gemaakt van de independent sample *t* test (sekse & epilepsie), de one-way between groups ANOVA (mate van VB) en Pearson's *r* (leeftijd & AVZ-R score). Om tot slot de verklaarde variantie van de gerelateerde cliëntgebonden factoren te bepalen, wordt regressieanalyse gebruikt. Daarbij worden alleen de cliëntgebonden factoren ingebracht die op basis van de eerste onderzoeksvraag significant gerelateerd blijken te zijn aan fysieke agressie richting anderen of objecten. Per afhankelijke variabele wordt de regressieanalyse uitgevoerd.

Resultaten

De steekproef bestaat uit 175 volwassen cliënten. De gemiddelde leeftijd van de cliënten is 43.2 ± 14.6 jaar. De non respons in dit onderzoek is 18.3% (N=32), vanwege de personele bezetting op de woning was er geen tijd om deel te nemen. De cliënten waarvoor de vragenlijsten niet zijn ingevuld, zijn verwijderd uit het databestand. Na verwijdering van de non respons bleven er 143 cliënten (81,7%) over die hebben deelgenomen aan het onderzoek (102 man en 41 vrouw; gemiddelde leeftijd 43.2 ± 14.8 jaar). Voor een overzicht van de demografische kenmerken van de steekproef wordt verwezen naar tabel 1.

Tabel 1.

Demografische kenmerken

		Steekproef	
		(N=143)	
		n	%
Geslacht	man	102	71.3
	vrouw	41	28.7
Leeftijd	18-38 jaar	56	39.2
	38-58 jaar	59	41.2
	58-78 jaar	28	19.6
Mate van VB	Zwakbegaafd	17	11.9
	LVB	45	31.5
	MVB	33	23.1
	EVB	39	27.3
	DVB	9	6.30
Nationaliteit (geboorteland)	Nederlands	141	98.6
	Europees (niet Nederlands)	1	0.07
	Aziatisch	1	0.07
	Onbekend	1	0.07

Met betrekking tot de groepsverschillen per afhankelijke variabele is bij de cliëntgebonden factoren leeftijd en de AVZ-R score gebruik gemaakt van de Mann-Whitney *U* toets, omdat de assumptie voor normaliteit was geschaad. Voor de twee

afhankelijke variabelen “fysieke agressie richting anderen” en “fysieke agressie richting objecten” volgens het IMS blijkt dat er geen significante verschillen bestaan tussen de groepen “nauwelijks/geen fysieke agressie” en “wel fysieke agressie”. Dit geldt ook voor afhankelijke variabele fysieke agressie richting objecten volgens de SGZ. Voor fysieke agressie richting anderen volgens de SGZ geldt echter dat er twee significante groepsverschillen zijn. De groepen verschillen significant op de cliëntgebonden factor mate van VB, $U=1908.50$, $z=-2.54$, $p<.05$, tweezijdig, $r=.21$, waarbij er significant meer agressie voorkomt naarmate de VB ernstiger is. Daarnaast heeft de groep waarbij wel sprake is van fysieke agressie richting anderen een significant hogere score op de AVZ-R ($M=12.38 \pm 4.03$) dan de groep “nauwelijks/geen fysieke agressie richting anderen” ($M=9.43 \pm 5.52$), $U=1723.00$, $z=-3.12$, $p<.01$, tweezijdig, $r=.26$.

Hierna is de eerste onderzoeksvraag onderzocht. Voor een overzicht van de frequenties, gemiddelden, standaarddeviaties en de range van de verschillende variabelen wordt verwezen naar tabel 2. De assumptie voor normaliteit is bij alle analyses geschaad. Daarom is ervoor gekozen om ter beantwoording van onderzoeksvraag één de Mann-Whitney U toets, de Kurskal-Wallis toets en Spearman's rho te gebruiken. De resultaten van de toetsen voor fysieke agressie richting anderen/objecten, worden weergegeven in tabel 3.

Op basis van de analyses blijkt dat geen van de cliëntgebonden factoren significant gerelateerd is aan fysieke agressie richting anderen volgens het IMS, aan fysieke agressie richting anderen volgens de SGZ en aan fysieke agressie richting objecten volgens het IMS. Voor fysieke agressie richting objecten volgens de SGZ blijkt dat alleen de AVZ-R score significant en positief gerelateerd is, $r(57)=.402$, $p<.01$, $r^2=.16$.

Tabel 2.

Frequenties, gemiddelden, standaarddeviaties en range van de cliëntgebonden factoren, fysieke agressie richting anderen (IMS & SGZ) en fysieke agressie richting objecten (IMS & SGZ).

	IMS fysieke agressie richting objecten (M=10.9±14.2; range=83)		IMS fysieke agressie richting anderen (M=21.7±2.29; range=116)		SGZ fysieke agressie richting objecten (M=4.07±2.58; range=10)		SGZ fysieke agressie richting anderen (M=11.6±6.69; range=31)		
	Geen agressie N(%)	Wel agressie N(%)	Geen agressie N(%)	Wel agressie N(%)	Geen agressie N(%)	Wel agressie N(%)	Geen agressie N(%)	Wel agressie N(%)	
Sekse	Man	59 (73.8)	43 (71.7)	59 (72.8)	43 (69.4)	56 (67.5)	46 (76.7)	53 (69.7)	49 (73)
	Vrouw	21 (26.2)	20 (28.3)	22 (27.2)	19 (30.6)	27 (32.5)	14 (23.3)	23 (30.3)	18 (26)
Mate van VB	Zwakbegaafd	8 (10.0)	9 (14.3)	12 (14.8)	5 (8.10)	8 (9.60)	9 (15.0)	11 (14.5)	6 (9.0)
	LVB	23 (28.8)	22 (34.9)	29 (35.8)	16 (25.8)	32 (38.6)	13 (21.7)	28 (36.8)	17 (25)
	MVB	19 (23.8)	13 (20.6)	13 (16.0)	19 (30.6)	21 (25.3)	11 (18.3)	19 (25.0)	13 (19)
	EVB	22 (27.5)	17 (27.0)	20 (24.7)	19 (30.6)	18 (21.7)	21 (35.0)	15 (19.7)	24 (35)
	DVB	8 (10.0)	1 (1.60)	7 (8.60)	2 (3.20)	3 (3.60)	6 (10.0)	3 (3.90)	6 (9.0)
Epilepsie	Ja	13 (16.3)	7 (11.1)	12 (14.8)	8 (12.9)	13 (84.3)	7 (11.7)	11 (14.5)	9 (13)
	Nee	67 (83.7)	56 (88.9)	69 (85.2)	54 (87.1)	70 (15.7)	53 (88.3)	65 (85.5)	58 (86)
		M±SD (N; range)	M±SD (N; range)	M±SD (N; range)	M±SD (N; range)	M±SD (N; range)	M±SD (N; range)	M±SD (N; range)	M±SD (N; range)
Leeftijd		43.5± 4.7 (80; 55)	43.0±15.0 (63; 60)	42.4±14.3 (81; 49)	44.3±15.5 (62; 60)	43.8±14.4 (83; 49)	42.5±15.4 (60; 60)	42.8±14.2 (76; 49)	43.7±1 (67; 6)
AVZ-R score		10.3±5.21 (78; 18)	11.40±4.88 (63; 17)	10.5±5.49 (79; 18)	11.2±4.51 (62; 16)	10.2±5.36 (82; 18)	11.6±4.59 (59; 18)	9.43±5.52 (75; 18)	12.4±4 (66; 1)

Tabel 3.

Relaties tussen de cliëntgebonden factoren en de afhankelijke variabelen fysieke agressie richting anderen en objecten.

	IMS fysieke agressie richting objecten (N=63)	IMS fysieke agressie richting anderen (N=62)	SGZ fysieke agressie richting objecten (N=60)	SGZ fysieke agressie richting anderen (N=67)
Sekse❖	414.50	389.00	219.50	419.50
Leeftijd●	-0.033	-0.098	0.118	-0.007
Mate van VB❖	2.987	4.515	9.301	6.533
Epilepsie❖	166.50	145.00	115.50	256.00
Autismesymptomen●	0.112	0.129	0.402**	0.071

Note. * $p < .05$; ** $p < .01$. ❖=Mann-Whitney U toets; ●=Spearman's Rho; ❖=Kurskal-Wallis One-Way ANOVA

De regressie analyse

Alleen de AVZ-R score is significant gerelateerd aan fysieke agressie richting objecten (SGZ) en is meegenomen in de regressieanalyse. Na het uitvoeren van een log transformatie, vanwege de geschade assumptie voor normaalverdeeldheid, blijkt dat de AVZ-R score 36.4% van de variantie van fysieke agressie richting objecten (SGZ) verklaart, $R^2 = .364$, adjusted $R^2 = .132$, $F(1, 57) = 8.68$, $p < .01$. Voor de niet gestandaardiseerde (B) en gestandaardiseerde (β) regressie coëfficiënten en sr^2 wordt verwezen naar tabel 4.

Tabel 4.

Niet gestandaardiseerde (B) en gestandaardiseerde (β) regressie coëfficiënten en sr^2 voor de voorspeller AVZ-R score in het voorspellende regressiemodel voor fysieke agressie richting objecten volgens de SGZ.

Variabele	B [95% CI]	β	sr^2
AVZ-R score	.015 [.005, .025]	.364	.013

Discussie

In deze studie is de relatie onderzocht tussen cliëntgebonden factoren en fysieke agressie richting anderen en objecten en is bekeken of de gerelateerde

factoren een voorspellende waarde hebben voor fysieke agressie richting anderen en objecten. Uit de resultaten blijkt dat alleen de AVZ-R score positief significant gerelateerd is aan fysieke agressie richting objecten (SGZ). Dit betekent dat cliënten met autisme een grotere kans hebben op het vertonen van fysieke agressie richting objecten. Uit de regressieanalyse blijkt dat autisme 36.4% van de variantie van fysieke agressie richting objecten verklaart.

Voor sekse en de mate van VB blijft er onduidelijkheid bestaan in de wetenschappelijke literatuur. Voor de relatie tussen autisme en fysieke agressie richting objecten daarentegen zijn overeenkomsten met resultaten van andere recente onderzoeken (Matson & Shoemaker, 2009; McCarthy et al., 2010; McClintock et al., 2003; Smith & Matson, 2010). Een mogelijke verklaring voor het gevonden resultaat is dat mensen met autisme over beperktere communicatieve en verbale vaardigheden beschikken, waardoor zij zich vaker non-verbaal uiten dan mensen zonder autisme (APA, 2000; Crocker et al., 2007). Naast autisme worden ook met betrekking tot de kalenderleeftijd gelijksoortige resultaten gevonden in de recente literatuur (Embregts et al., 2009). In de huidige studie wordt er geen significante relatie gevonden met zowel fysieke agressie richting anderen, als richting objecten.

In tegenstelling tot autisme en de kalenderleeftijd is het resultaat voor epilepsie tegenstrijdig met de literatuur. Hoewel er in deze studie geen significante relatie wordt gevonden tussen epilepsie en fysieke agressie, wordt in ander onderzoek wel een significante relatie gevonden met zelfs een groter effect dan voor autisme (Smith & Matson, 2010). Daarnaast stellen Hermann en collega's (2012) dat epilepsie frequent samen voorkomt met gedragsproblemen. Een verklaring voor het resultaat van de huidige studie is dat epilepsie beperkt voor komt in de steekproef. Een andere verklaring is dat inzet van medicatie de effecten van epilepsie onderdrukt en als neveneffect de fysieke agressie doet afnemen. De inzet van anti-epileptica reduceren het aantal epileptische aanvallen significant (Beavis, Kerr, Marson, & Dojcinov, 2007; Kerr, Baker, & Brodie, 2005). Echter blijkt dat anti-epileptica ook bijwerkingen hebben die het gedrag van cliënten beïnvloeden. Een voorbeeld is het medicijn Topiramaat, dat een afname in ongewenst gedrag faciliteert en de stemming van cliënten stabiliseert (Janowsky, Kraus, Barnhill, Elamir, & Davis, 2003). Er is echter ook onderzoek dat stelt dat anti-epileptica ongewenst gedrag versterken (Beavis et al., 2007; Matson, Luke, & Mayville, 2004; Mula & Sander, 2007). Medicatie kan dus

gedragbeïnvloedend werken, waardoor resultaten met betrekking tot de relatie tussen epilepsie en fysieke agressie mogelijk vertekend zijn.

Bekend is dat fysieke agressie een uitdaging is voor personeel in de gehandicaptenzorg (Hastings & Brown, 2002; McMillan et al., 2004). Uit de resultaten volgen daarom implicaties voor de praktijk. In de inleiding is benadrukt dat het voorspellen van agressief gedrag indirect een bijdrage levert aan het verminderen van mentale problemen bij het personeel. Op basis van deze studie blijkt autisme significant gerelateerd aan fysieke agressie richting objecten. Dit betekent dat in de praktijk meer aandacht moet zijn voor de omgang met agressie door personeel op woningen waar cliënten wonen met autisme of beperkte communicatieve vaardigheden. Dit kan bijvoorbeeld door personeelsleden die worden blootgesteld aan agressie handvatten te bieden voor het ontwikkelen van effectieve de-escalatie- en copingstrategieën, bijvoorbeeld in de vorm van cursussen over het herkennen van signalen voorafgaand aan een escalatie, zodat tijdig kan worden gehandeld. Daarnaast worden ook cursussen met betrekking tot hoe te handelen bij een escalatie geadviseerd. Tot slot is het belangrijk dat de mentale gezondheid van het personeel wordt gevolgd door bijvoorbeeld periodiek functioneringsgesprekken te organiseren en eventueel door te verwijzen naar gespecialiseerde hulpverlening bij signalen van mentale problemen, zoals een burn-out of depressie.

Naast implicaties kent de huidige studie ook sterktes, beperkingen en aanbevelingen voor toekomstig onderzoek. Een sterke kant van deze studie is de hoge respons (81.7%), waardoor er sprake is van een relatief grote steekproef (N=143). Daarnaast zijn voor alle variabelen de meest bruikbare, betrouwbare en valide instrumenten geselecteerd. Voor deze selectie is rekening gehouden met de bruikbaarheid bij de doelgroep en de COTAN beoordeling. Echter zijn er ook beperkingen met betrekking tot de gebruikte instrumenten. Een eerste beperking van de instrumenten zijn de verouderde normen van de SGZ. Echter is de SGZ het enige instrument voor het beoordelen van storend of agressief gedrag en is daarmee toch het beste instrument ter controle van het IMS. Het IMS is namelijk niet onderzocht op validiteit en betrouwbaarheid en met betrekking tot de resultaten van het IMS zijn geen significante resultaten gevonden. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat het IMS sterk afhankelijk is van het meldgedrag van het personeel. Het is niet te bewijzen dat alle incidenten zijn gerapporteerd, waardoor er mogelijk sprake is van een onderrapportage. Hierdoor zijn de resultaten mogelijk niet representatief. Voor

toekomstig onderzoek is het van belang om gebruik te maken van valide en betrouwbare onderzoeksmiddelen met recente normen of indien deze er niet zijn, deze eerst te ontwikkelen.

Daarnaast is ook de inschatting van de mate van VB van cliënten in het cluster gedrag niet betrouwbaar. Een aantal cliënten is vanwege de gedragsproblemen niet testbaar, daarom wordt het cognitieve niveau vastgesteld doormiddel van observaties en vragenlijsten en worden er soms geen gevalideerde onderzoeksmiddelen gebruikt. Ook bestaat de mogelijkheid dat de gedragsproblemen een onderschatting van het cognitieve niveau veroorzaken. De inschatting is hierdoor mogelijk niet betrouwbaar. Het is daarom van belang dat er betrouwbare en valide onderzoeksmiddelen worden ontwikkeld die aansluiten bij deze doelgroep, zodat het cognitieve niveau niet langer een inschatting is maar een betrouwbaar en valide gegeven.

Tot slot blijkt dat een deel van de cliënten ($\pm 50\%$) nauwelijks tot geen fysieke agressie laat zien. Doormiddel van kwartielen zijn daarom per variabele twee groepen onderscheiden. Dit leidt ertoe dat voor fysieke agressie richting objecten (IMS & SGZ) en voor fysieke agressie richting anderen (IMS & SGZ) respectievelijk maar 63, 60, 62 en 67 cliënten daadwerkelijk zijn meegenomen in de analyse.

Alles samennemend blijkt uit deze studie dat alleen autisme een voorspellende waarde heeft voor fysieke agressie richting objecten. Over andere cliëntgebonden factoren (mate van VB, sekse en epilepsie) bestaat onduidelijkheid of tegenstrijdigheid in de literatuur. Toekomstig onderzoek is nodig om de voorspelbaarheid van fysieke agressie bij mensen met een VB verder te vergroten en een betere omgang met fysieke agressie door het personeel te verbeteren, zodat de druk op het personeel en de mentale problemen onder het personeel worden gereduceerd.

Literatuur

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition Tekst Revised [DSM-IV-TR]*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Beavis, J., Kerr, M., Marson, A. G., & Dojcinov, I. (2007). Pharmacological interventions for epilepsy in people with intellectual disabilities. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *11*, 1-33.
doi:10.1002/14651858.CD005399.pub2.
- Chung, M. C. & Harding C. (2009). Investigating burnout and psychological well being of staff working with people with intellectual disabilities and challenging behaviour: The role of personality. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *22*, 549–560. doi:10.1111/j.1468-3148.2009.00507.x
- Cooper, S. A., Smiley, E., Jackson, A., Finlayson, J., Allan, L., Mantry, D., ... Morrison, J. (2009). Adults with intellectual disabilities: Prevalence, incidence and remission of aggressive behaviour and related factors. *Journal of Intellectual Disability Research*, *53*, 217-232.
doi:10.1111/j.1365-2788.2008.01127.x
- Crocker, A.G., Mercier, C., Allaire, J. F., & Roy, M. E. (2007). Profiles and correlates of aggressive behavior among adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, *51*, 786-801.
doi:10.1111/j.1365-2788.2007.00953.x
- Crocker, A. G., Mercier, C., Lachapelle, Y., Brunet, A., Morin, D., & Roy, M. E. (2006) Prevalence and types of aggressive behavior among adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, *50*, 652-661. doi:10.1111/j.1365-2788.2006.00815.x
- Egberink, I. J. L., Janssen, N.A.M., & Vermeulen, C.S.M. (13 oktober 2014). COTAN Beoordeling 1995, Storend Gedragsschaal voor Zwakzinnigen (SGZ). Bekeken via www.cotandocumentatie.nl
- Egberink, I. J. L., Janssen, N.A.M., & Vermeulen, C.S.M. (28 oktober 2014). COTAN Beoordeling 1995a, Autisme en Verwante stoornissenschaal-Revisie (AVZ-R). Bekeken via www.cotandocumentatie.nl
- Embregts, P. J. C. M., Didden, R., Schreuder, N., Huitink, C., & Van Nieuwenhuijzen, M. (2009). Aggressive behavior in individuals with moderate to borderline intellectual disabilities who live in a residential facility: An

- evaluation of functional variables. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 682-688. doi:10.1016/j.ridd.2008.04.007
- Emerson, E. (2001). *Challenging behaviour: Analysis and intervention in people with severe intellectual disabilities*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hastings, R. P. & Brown T. (2002). Behavioural knowledge, causal beliefs and self efficacy as predictors of special educators' emotional reactions to challenging behaviours. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46, 144-150. doi:10.1046/j.1365-2788.2002.00378.x
- Hermann, B. P., Jones, J. E., Jackson, D. C., & Seidenberg, M. (2012). Starting at the beginning: The neuropsychological status of children with new-onset epilepsies. *Epileptic Disorders*, 14, 12-21. doi:10.1684/epd.2012.0483
- Janowsky, D. S., Kraus, J. E., Barnhill, J., Elamir, B., & Davis, J. M. (2003). Effects of Topiramate on aggressive, self-injurious, and disruptive/destructive behaviors in the intellectually disabled: An open-label retrospective study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 23, 500-504. doi:10.1097/01.jcp.0000088906.24613.76
- Kerr M. P., Baker G. A., Brodie M. J. (2005). A randomized, double-blind, placebo controlled trial of topiramate in adults with epilepsy and intellectual disability: Impact on seizures, severity, and quality of life. *Epilepsy and Behavior*, 7, 472-480. doi:10.1016/j.yebeh.2005.07.006
- Kraijer, D. W. (1990). *Handleiding AVZ-R, Autisme en Verwante stoornissenschaal voor Zwakzinnigen-Revisie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Kraijer, D.W. & Kema, G.N. (1994). *Storend Gedragsschaal, SGZ. Handleiding (3e herziene en uitgebreide uitgave)*. Amsterdam: Harcourt Assessment B.V.
- Kraijer, D. & Plas, J. (2006). *Handboek psychodiagnostiek en beperkte begaafdheid*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information
- LoVullo, S. & Matson, J. (2009) Comorbid psychopathology in adults with Autism Spectrum Disorders in Intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 1288-1296. doi:10.1016/j.ridd.2009.05.004
- Matson, J., Luke, M. A., & Mayville, S. B. (2004). The effects of antiepileptic medications on the social skills of individuals with mental retardation. *Research in Developmental Disabilities*, 25, 219-228. doi:10.1016/j.ridd.2003.10.002

- Matson, J. & Schoemaker, M. (2009) Intellectual disability and its relationship to autism spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities, 30*, 1107-1114. doi:10.1016/j.ridd.2009.06.003
- McCarthy, J., Hemmings, C., Kravariti, E., Dworzynski, K., Holt, G., Bouras, N., ... Tsakanikos, E. (2010). Challenging behavior and co-morbid psychopathology in adults with intellectual disability and autism spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities, 31*, 362-366. doi:10.1016/j.ridd.2009.10.009
- McClintock, K., Hall, S., & Oliver, C. (2003). Risk markers associated with challenging behaviours in people with intellectual disabilities: A meta-analytic study. *Journal of Intellectual Disability Research, 47*, 405-416. doi:10.1046/j.1365-2788.2003.00517.x
- McMillan, D., Hastings, R., & Coldwell, J. (2004). Clinical and actuarial prediction of physical violence in a forensic intellectual disability hospital: A longitudinal study. *Journal of Applied Research in Intellectual Disability, 17*, 255-265. doi:10.1111/j.1468-3148.2004.00213.x
- Mula, M. & Sander, J. W. (2007). Negative effects of antiepileptic drugs on mood in patients with epilepsy. *Drug Safety, 20*, 555-567. doi:10.2165/00002018-200730070-00001
- Murphy, G., Beadle-Brown, J., Wing, L., Gould, J., Shah, A., & Holmes, N. (2005). Chronicity of challenging behaviors in people with severe intellectual disabilities and/or autism: A total population sample. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 35*, 405-418. doi:10.1007/s10803-005-5030-2
- Nijman, H., & Palmstierna, T. (2002). Measuring aggression with the staff observation aggression scale—revised. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 412*, 101-102. doi:10.1034/j.1600-0447.106.s412.21.x
- Nijman H., Palmstierna T., Almvik R., & Stolker J. (2005). Fifteen years of research with the Staff Observation Aggression Scale: A review. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 111*, 12-21. doi:10.1111/j.1600-0447.2004.00417.x
- Nijman, H. L. I., Harald, P. M. Merckelbach, L. G. J., Palmstierna, T., Wistedt, B. ... Allertz, W. (1999). The Staff Observation Aggression Scale—Revised (SOAS-R). *Aggressive Behavior, 25*, 197-209. doi:10.1002/(SICI)1098-2337(1999)25:3<197::AID-AB4>3.0.CO;2-C

- Rose, D., Horne, S., Rose, J., & Hastings, R. (2004) Negative emotional reactions to challenging behavior and staff burnout: Two replication studies. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 17*, 219-223.
doi:10.1111/j.1468-3148.2004.00194.x
- Smith, K. & Matson, J. (2010). Behavior problems: Differences among intellectually disabled adults with co-morbid autism spectrum disorders and epilepsy. *Research in Developmental Disabilities, 31*, 1062-1069.
doi:10.1016/j.ridd.2010.04.003
- Tenneij, N. H., Didden, R., Stolker, J. J., & Koot, H. M. (2009). Markers for aggression in inpatient treatment facilities for adults with mild to borderline intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities, 30*, 1248-1257.
doi:10.1016/j.ridd.2009.04.006
- Tyrer, F., McGrother, C. W., Thorp, C. F., Donaldson, M., Bhaumik, S., Watson, J. M., ... Hollin, C. (2006). Physical aggression towards others in adults with learning disabilities: Prevalence and associated factors. *Journal of Intellectual Disability Research, 50*, 295-304. doi:10.1111/j.1365-2788.2005.00774.x
- Wanless, L. K. & Jahoda, A. (2002). Responses of staff towards people with mild to moderate intellectual disability who behave aggressively: A cognitive emotional analysis. *Journal of Intellectual Disability Research, 46*, 507-516.
doi:10.1111/j.1365-2788.2005.00693.x