

Misbruik en Cluster B Persoonlijkheidsstoornissen

Bij mensen met een verstandelijke beperking

Studenten:

Hanna A.G. Laseur 3215571

Anke J.E.A. van der Linden 3215598

Begeleidster Universiteit Utrecht:

Minet de Wied

Begeleider stage instelling Trajectum Oost Hanzeborg, Zutphen:

Teunis van den Hazel

Afdeling:

Departement Pedagogische en Onderwijskundige Wetenschappen

Werkveld:

Forensische Orthopedagogiek

Datum:

Juni 2011

Voorwoord

Dit onderzoek vormt de afsluiting van onze master Forensische Orthopedagogiek aan de Universiteit van Utrecht. Wij kijken terug op een intensieve, maar zeker ook succesvolle afstudeerperiode waarin wij veel kennis en ervaring opgedaan hebben.

Aan de thesis hebben we gezamenlijk hard gewerkt. We zijn er beide van overtuigd dat ieder evenveel inbreng heeft gehad in de uitvoering en verslaglegging van dit onderzoek. We hebben ervoor gekozen de werkzaamheden te verdelen en vervolgens het deel van de ander na te kijken en aan te passen. Het schrijven van de inleiding hebben we verdeeld, zodat ieder zich kon verdiepen in een onderdeel. Vervolgens heeft Hanna de feedback verwerkt in de inleiding en Anke heeft de onderdelen van het methodedeel beschreven. Daarna heeft Hanna deze verwerkt tot een goedlopend geheel. De resultaten heeft Anke verwerkt met behulp van SPSS en in tabellen gezet en Hanna heeft het grootste gedeelte van de bijbehorende tekst geschreven. Vervolgens heeft Anke de feedback op de resultaten verwerkt en heeft Hanna de discussie geschreven. We hebben gezamenlijk de feedback op het hele onderzoek goed bekeken. Uiteindelijk heeft Hanna de feedback op de discussie verwerkt en heeft Anke het voorwoord en de *abstract*/samenvatting geschreven. Tenslotte hebben beide auteurs de tekst gecontroleerd.

Wij willen van de gelegenheid gebruik maken om een aantal mensen te bedanken. Allereerst willen wij Trajectum Hanzeborg bedanken voor de mogelijkheid om dit onderzoek bij deze instelling uit te voeren. In het bijzonder willen wij dhr. Teunis van den Hazel bedanken voor zijn betrokkenheid en zijn kritische en verhelderende adviezen. Onze dank gaat tevens uit naar de begeleidend docente Minet de Wied voor het toetsen en sturen van het onderzoek. Daarnaast willen wij de Universiteit Utrecht bedanken die de mogelijkheid heeft geboden dit onderzoek uit te voeren. Tot slot willen wij onze familie en vrienden bedanken voor de steun die zij ons geboden hebben tijdens het afgelopen jaar. En daarnaast ook onze lieve vriendjes die ons (bijna) altijd bleven accepteren en lief hebben, ook als we moe waren, er doorheen zaten of niet meer ontspannen konden zijn.

Wij wensen u veel leesplezier.

Utrecht, 24 juni 2011

Hanna Laseur en Anke van der Linden

Misbruik en Cluster B Persoonlijkheidsstoornissen Bij mensen met een verstandelijke beperking

Hanna A. G. Laseur en Anke J. E. A. van der Linden

Abstract

Introduction: Literature research shows that abuse during childhood is an important risk factor for the development of personality disorders among people with average intelligence. For there is no such research among people with intellectual disabilities, this study will examine whether abuse during childhood appears more among people with a cluster B personality disorder, compared to a clinical control group. *Methods:* Both groups are acquired from treatment settings from Trajectum. To control the group classifications, the Adult Behavior Checklist for Ages 18-59 (ABCL), the DSM-checklist and the Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ-4+) were used. Childhood abuse is measured with the self-report Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) and a file analysis, conducted in accordance with Helgeland and Torgersen (2004). *Results:* The self-report questionnaire (CTQ) pointed out that sexual abuse occurs more in the history of participants with a cluster B personality disorder. Other forms of abuse do not occur significantly more in the cluster B personality disorder-group than in the clinical control group. In the file analysis, there were found no significant differences within (sexual) abuse during childhood between the cluster B personality disorder-group and the clinical control group. *Conclusion:* Among persons with a light intellectual disability, as with people with average intelligence, sexual abuse occurs more with people with a cluster B personality disorder. The file analysis does not show this. This could be explained by the fact that the files were not complete.

Samenvatting

Inleiding: Uit literatuuronderzoek blijkt dat misbruik in de kindertijd een belangrijke risicofactor is voor de ontwikkeling van persoonlijkheidsstoornissen bij normaal begaafden. Omdat soortgelijk onderzoek bij mensen met een lichte verstandelijke beperking ontbreekt, zal in deze studie onderzocht worden of misbruik in de kindertijd in verhoogde mate voorkomt bij mensen met een cluster B persoonlijkheidsstoornis, in vergelijking met een klinische controlegroep. *Methoden:* Beide groepen zijn geworven via behandelinstellingen van Trajectum. Ter controle op de groepsindeling zijn de Gedragsvragenlijst voor volwassenen van 18-59 jaar (ABCL), de *DSM-checklist* en de *Personality Diagnostic Questionnaire* (PDQ-4+) gebruikt. Misbruik in de kindertijd is gemeten met de zelfrapportage vragenlijst *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ) en een dossieranalyse, uitgevoerd volgens de procedure van Helgeland en Torgersen (2004). *Resultaten:* Uit de zelfrapportage vragenlijst (CTQ) blijkt dat seksueel misbruik meer voorkomt in de geschiedenis van participanten met een cluster B persoonlijkheidsstoornis. De overige vormen van misbruik komen niet significant meer voor bij de cluster B persoonlijkheidsstoornisgroep dan bij de klinische controlegroep. In de dossieranalyse zijn geen significante verschillen gevonden in (seksueel) misbruik in de kindertijd tussen de cluster B persoonlijkheidsstoornisgroep en de klinische controlegroep. *Conclusie:* Seksueel misbruik komt bij mensen met een lichte verstandelijke beperking, net als bij de normaal begaafde populatie, meer voor bij mensen met een cluster B persoonlijkheidsstoornis. Uit de dossieranalyse komt dit niet naar voren. Dit kan mogelijk verklaard worden doordat de dossiers niet volledig zijn.

Inleiding

Misbruik in de kindertijd komt in meerdere onderzoeken naar voren als een belangrijke risicofactor in het ontwikkelen van een persoonlijkheidsstoornis (PS) (Bierer et al., 2003; Battle et al., 2004; Grover et al., 2007). De verschillende vormen van misbruik zoals fysiek, emotioneel en seksueel misbruik kunnen een ontregelende werking hebben op de sociale en emotionele ontwikkeling, wat kan leiden tot ontwikkeling van persoonlijkheidsstoornissen in de volwassenheid (Dube et al., 2001; Edwards, Holden, Felitti & Anda 2003; Teicher, Samson, Polcari & McGreenery, 2006). Waar er al veel onderzoek is gedaan naar de ontwikkeling van persoonlijkheidsstoornissen bij normaal begaafden, ontbreekt onderzoek naar de ontwikkeling van persoonlijkheidsstoornissen bij mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB).

Mensen met een verstandelijke beperking hebben een aangeboren of later optredende beperking in het intellectueel functioneren. Dit gaat gepaard met beperkingen in de sociale (zelf)redzaamheid. Er worden drie criteria voor een diagnose gehanteerd: 1. Een significante beperking in intelligentie (meer dan twee standaarddeviaties beneden het populatiegemiddelde). 2. Gelijktijdig optredend met een significante beperking in het adaptieve gedrag (meer dan twee standaarddeviaties beneden het populatiegemiddelde). 3. Het optreden van deze beperkingen vóór het 18^e levensjaar (Schalock et al., 2010). Mensen met een lichte verstandelijke beperking voldoen aan bovenstaande criteria en hebben een intelligentiequotiënt (IQ) tussen de 50 en 70 (American Psychiatric Association, 2000).

Gezien de hoge prevalentie persoonlijkheidsstoornissen bij deze mensen, prevalentie cijfers variërend van 22% tot 92%, is het van groot belang te onderzoeken welke risicofactoren een rol spelen in de ontwikkeling van persoonlijkheidsstoornissen bij mensen met een lichte verstandelijke beperking (van den Hazel, Didden, Korzilius & Jonker, 2008). Dit om meer gericht en meer preventief te kunnen behandelen. Er wordt in dit onderzoek onder licht verstandelijk beperkte mensen nagegaan of (seksueel) misbruik in de kindertijd in verhoogde mate plaats heeft gevonden bij mensen met een cluster B-PS. Dit in vergelijking met de mate waarin misbruik voorkomt bij mensen in een klinische controlegroep. Er wordt in het artikel gesproken over PS als het over persoonlijkheidsstoornissen in het algemeen gaat. Persoonlijkheidsstoornissen kunnen niet voor het achttiende levensjaar vastgesteld worden. Wel kan er voor het achttiende levensjaar gesproken worden over trekken van een persoonlijkheidsstoornis (American Psychiatric Association, 2000). Daarnaast wordt in dit onderzoek wanneer er gesproken wordt over misbruik, zowel fysiek, emotioneel als seksueel misbruik bedoeld. In andere gevallen wordt het type misbruik beschreven.

Allereerst wordt een definitie gegeven van persoonlijkheidsstoornissen. Welke verschillende persoonlijkheidsstoornissen zijn er, hoe komen zij tot uiting en hoe ontwikkelt een PS zich. Vervolgens wordt de ontwikkeling van persoonlijkheidsstoornissen en de invloed van misbruik hierop bij normaal begaafden besproken. Of deze persoonlijkheidsstoornissen op dezelfde manier ontwikkelen en tot uiting komen bij mensen met een lichte verstandelijke beperking wordt in het daaropvolgende gedeelte beschreven. Daarna wordt er gekeken in hoeverre persoonlijkheidsstoornissen een rol spelen bij delinquenten met een lichte verstandelijke beperking. Dit om aan te geven hoe groot de noodzaak is meer te weten te komen over de etiologie van persoonlijkheidsstoornissen. Tot slot wordt misbruik als risicofactor in de ontwikkeling van persoonlijkheidsstoornissen bij mensen met een lichte verstandelijk beperking besproken.

Persoonlijkheidsstoornissen

Er is sprake van een persoonlijkheidsstoornis wanneer één of meer persoonlijkheidstrekken niet alleen in extreme mate aanwezig zijn, maar ook dusdanig inflexibel en maladaptief zijn dat deze trekken interfereren met het persoonlijk welzijn en met het functioneren in relaties en werk (American Psychiatric Association, 2000). In de DSM-IV-TR worden tien verschillende persoonlijkheidsstoornissen beschreven, verdeeld over drie clusters. De clusters onderscheiden zich op de volgende manier:

Cluster A: In dit cluster vallen de stoornissen die zich uiten in vreemd en excentriek gedrag. Hieronder vallen onder andere de paranoïde persoonlijkheidsstoornis, de schizoïde persoonlijkheidsstoornis en de schizotypische persoonlijkheidsstoornis.

Cluster B: In dit cluster vallen de stoornissen die zich uiten in overdreven, emotioneel of onconventioneel gedrag. De volgende vier persoonlijkheidsstoornissen behoren tot cluster B (American Psychiatric Association, 2000).

De antisociale persoonlijkheidsstoornis (APS) wordt gekenmerkt door antisociaal gedrag en impulsiviteit. Er is vaak sprake van een gebrek aan inlevingsvermogen waardoor het individu, zeker in combinatie met impulsiviteit, vaak in conflictsituaties terecht komt. Het individu liegt vaak en toont niet of nauwelijks berouw of schuldgevoel.

De borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) wordt gekenmerkt door een combinatie van emotionele instabiliteit, impulsieve gedragingen en inter-persoonlijke problemen en identiteitsproblemen.

Bij de theatrale persoonlijkheidsstoornis (TPS) is sprake van overdreven emotionele expressie en het zoeken naar aandacht. Als deze personen, naar hun oordeel, te weinig aandacht krijgen

kunnen ze kwaad, onzeker of depressief worden. Het naar aandacht zoeken gaat vaak gepaard met ongepast flirtgedrag en het maken van seksuele avances.

Kenmerken van de narcistische persoonlijkheidsstoornis (NPS) zijn een overdreven gevoel van eigenwaarde en de sterke behoefte om door anderen bewonderd te worden. Daarnaast kan de betrokkene zich moeilijk inleven in anderen.

Cluster C: In dit cluster vallen de stoornissen die zich uiten in gespannen of angstig gedrag. Hieronder vallen de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis, de afhankelijke persoonlijkheidsstoornis en de obsessieve compulsieve persoonlijkheidsstoornis.

Naast de drie clusters wordt een restcategorie onderscheiden: de persoonlijkheidsstoornis Niet Anderszins Omschreven (NAO) (American Psychiatric Association, 2000).

Onderzoeken over de etiologie van persoonlijkheidsstoornissen benadrukken het belang van zowel nature als nurture in de ontwikkeling van persoonlijkheidsstoornissen (Lindsay, 2007). Psychosociale stressfactoren, zoals bijvoorbeeld vroege traumatisering, oefenen door tussenkomst van genen eveneens effect uit op de vorming van persoonskenmerken (Stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2008).

Misbruik en persoonlijkheidsstoornissen bij normaal begaafden

Uit onderzoek onder normaal begaafden blijkt dat seksueel misbruik in de kindertijd een belangrijke risicofactor voor de ontwikkeling van persoonlijkheidsstoornissen is (Grover et al., 2007; Johnson, Cohen, Brown, Smailes & Bernstein, 1999; Flynn, Matthews en Hollins, 2002). Naast seksueel misbruik blijken ook andere vroegkinderlijke traumatische ervaringen als fysieke mishandeling en verwaarlozing, een sterk voorspellende waarde voor de ontwikkeling van met name cluster B-PS te zijn (Helgeland & Torgersen, 2004). In deze onderzoeken is niet gecorrigeerd op omgevingsfactoren als disfunctionele familiesituaties en mogelijk comorbide symptomen van As 1 stoornissen zoals depressie en angststoornissen. Om toch uitspraken te kunnen doen over misbruik in de kindertijd als risicofactor voor het ontwikkelen van een persoonlijkheidsstoornis hebben Carr en Francis (2009) in hun onderzoek gecorrigeerd op factoren als omgevingsinvloeden en As 1 condities. In de onderzoeksgroep, bestaande uit 178 niet-klinische participanten, laten individuen met een verleden van misbruik in de kindertijd meer symptomen van persoonlijkheidsstoornissen zien. De bevindingen van dit onderzoek onderstrepen de relevantie en onafhankelijke bijdrage van misbruik in de kindertijd in de ontwikkeling van een persoonlijkheidsstoornis. Een steunend, veilig en begrijpend opvoedingsklimaat blijken een belangrijke preventieve factor te zijn in de voorkoming van een verstoorde ontwikkeling van de persoonlijkheid ten gevolge van

misbruik in de kindertijd (English et al., 2005). Vroege identificatie van risicokinderen kan de lange termijn consequenties van misbruik, zoals de ontwikkeling van een persoonlijkheidsstoornis, beperken (Nederhof, van der Ham, Dingemans & Oei, 2010).

Persoonlijkheidsstoornissen in combinatie met een lichte verstandelijke beperking

Waar binnen de normaal begaafde populatie PS voorkomt in een range van 4 tot 13 %, wordt de diagnose PS relatief vaker gesteld bij mensen met een lichte verstandelijke beperking en onbegrepen en risicovol gedrag (Verheul & Kamphuis, 2007). Epidemiologische studies naar PS bij mensen met een lichte verstandelijke beperking laten een brede range aan prevalentiecijfers zien, variërend van 22% tot 92% (van den Hazel et al., 2008). De brede range is te verklaren vanuit de verschillen in het operationaliseren van LVB, de verschillen in de gebruikte meetinstrumenten en de verschillende onderzoekscontexten. Om deze brede range te verkleinen moeten volgens Alexander en Cooray (2003) strakkere diagnostische criteria opgesteld worden. Daarnaast moet volgens hen meer gebruik gemaakt worden van gedragsobservaties en informatie verkregen via informanten. De grote spreiding van prevalentiecijfers van PS kan mogelijk deels verklaard worden door problemen met het definiëren en afbakenen van de concepten persoonlijkheid en persoonlijkheidsstoornis (van den Hazel et al., 2008). Het is lastig om onderscheid te maken tussen een vertraagde persoonlijkheidsontwikkeling die typerend is voor mensen met een lichte verstandelijke beperking en een gestoorde persoonlijkheidsontwikkeling in de vorm van PS. Bij de ontwikkeling van persoonlijkheid is het de vraag wanneer de ontwikkeling als compleet gezien kan worden (Royal College of Psychiatrists, 2001). Deze vraag bestaat zowel bij de normaal begaafde populatie als bij mensen met een verstandelijke beperking. Echter, bij de normaal begaafde populatie wordt een complete persoonlijkheid verwacht tijdens de adolescentie, terwijl bij mensen met een verstandelijke beperking niet precies duidelijk is wanneer de persoonlijkheid compleet kan worden genoemd. Om deze reden heeft de DC-LD (*Diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation*) de diagnoseleeftijd van PS verhoogd van 18 naar 21 jaar. Een forse achterstand in de cognitieve ontwikkeling kan resulteren in een onrijpe persoonlijkheid, die de trekken van een persoonlijkheidsstoornis laat zien (van den Hazel et al., 2008). Daarbij kunnen de beroerde omstandigheden of maatschappelijke context waarin mensen met een lichte verstandelijke beperking opgroeien een belangrijke rol spelen. Onaangepast sociaal gedrag moet dan worden beschouwd in het licht van de context waarin iemand is opgegroeid en/of zich bevindt. Bepaalde persoonlijkheidstrekken kunnen worden opgevat als een

abnormale reactie op abnormale omstandigheden. Afwijkende persoonlijkheidstrekken kunnen ook optreden vanuit een in de context geaccepteerde reactie op, of aanpassing aan abnormale omstandigheden (van den Hazel et al., 2008). Zigler, Bennet-Gates, Hodapp & Henrich (2002) spreken dan ook niet over PS, maar beschouwen het niet aangepaste sociale gedrag als functioneel en een aanpassing aan abnormale omstandigheden. Flynn en collega's (2002) benoemen ook de moeilijkheid van het diagnosticeren van PS bij mensen met een lichte verstandelijke beperking. Het blijft de vraag of er gesproken kan worden van een PS of dat er sprake is van een aanpassing van gedrag aan bijvoorbeeld veel verschillende faalervaringen. Dit omdat licht verstandelijk beperkte jongeren in de maatschappij voortdurend overvraagd worden. Crimineel en antisociaal gedrag kan een uiting van deze overvraging zijn. Een laag intelligentieniveau (IQ) staat in verband met crimineel en antisociaal gedrag (van Toorn, 2008). Dit kan verklaard worden, doordat criminaliteit vaak veroorzaakt wordt door een combinatie van factoren als een laag milieu, slechte scholing, slechte werkomgeving, slecht aanpassingsvermogen en beperkte sociale integratie. Een andere verklaring voor het verband is dat een laag IQ samenhangt met de moeite die mensen met lage IQ's hebben om de consequenties van het eigen gedrag te overzien en de moeite die ze hebben om de schade van hun handelen op voorhand in te schatten (van Toorn, 2008). Doordat mensen met een verstandelijke beperking op zichzelf al last hebben van een gebrekkig empathisch vermogen, impulsiviteit, gebrekkige gewetensfunctie en moeite met het uitstellen van onmiddellijke behoeftebevrediging, kan men spreken van onvoldoende interne remmingen op gedrag wat delinquent gedrag tot gevolg kan hebben (van Toorn, 2008).

Binnen een forensische setting blijkt dat bijna 40 % van de in behandeling zijnde cliënten één of meer 'PS-diagnosen' heeft naast de verstandelijke beperking. De meest voorkomende PS-diagnose is APS (Lindsay et al., 2006; Alexander et al., 2010). Er is een relatie gevonden tussen PS en geweld (Lindsay et al., 2010; Lindsay, 2007). Hoe sterker de symptomen van PS zijn, hoe meer kans er is op geweld bij delinquenten met een verstandelijke beperking (Lindsay et al., 2006). Daarnaast blijkt dat het recidiverisico bij mensen met een verstandelijke beperking en PS groter is dan bij mensen met een verstandelijke beperking zonder PS. De combinatie van PS met een verstandelijke beperking zorgt voor een vergroot risico op delinquent gedrag en recidive.

Misbruik en persoonlijkheidsstoornissen bij licht verstandelijk beperkten

Bij cliënten die voor behandeling zijn opgenomen binnen de landelijke Borg instellingen komen eerder genoemde ernstige (traumatische) levensgebeurtenissen eveneens vaak voor

(Didden & van den Hazel, 2009). Bij bijna de helft van het aantal cliënten dat tussen 2004 en 2006 op een behandelafdeling (binnen de Borg) verbleef, is er sprake geweest van mishandeling, verwaarlozing en misbruik in de kindertijd (Tenneij en Koot, 2006). Flynn en collega's (2002) hebben onderzoek gedaan naar de relatie tussen seksueel misbruik in de kindertijd en de ontwikkeling van PS op latere leeftijd bij mensen met een verstandelijke beperking. Ze hebben 36 patiënten met een verstandelijke beperking van vier psychiatrische instellingen onderzocht en met de *Standardised Assessment* bepaald of de patiënten een PS hebben. Daarnaast heeft een dossieranalyse plaatsgevonden om te onderzoeken of er sprake is van een misbruikgeschiedenis. De gebruikte steekproef is te klein om conclusies te kunnen trekken uit de resultaten. Wel kan gesteld worden dat aanwijzingen gevonden zijn voor een positieve relatie tussen seksueel misbruik in de kindertijd en de ontwikkeling van PS op latere leeftijd bij mensen met een verstandelijke beperking.

Er ontbreekt vooralsnog uitgebreid onderzoek onder mensen met een LVB naar de invloed van (seksueel) misbruik in de kindertijd op de ontwikkeling van een PS en de uiteindelijke diagnose PS in de volwassenheid. Om deze reden wordt in dit onderzoek de onderzoeksvraag *'Komt (seksueel) misbruik in de kindertijd meer voor bij mensen met een lichte verstandelijke beperking en een cluster B-PS dan bij mensen met een lichte verstandelijke beperking zonder cluster B-PS'* onderzocht. Uitgaande van het feit dat (seksueel) misbruik bij normaal begaafden een risicofactor is in de ontwikkeling van een PS en met name in de ontwikkeling van een cluster B-PS, wordt verwacht dat uit dit onderzoek blijkt dat (seksueel) misbruik in de kindertijd meer voorkomt bij mensen met een LVB en cluster B-PS dan bij mensen met LVB zonder een cluster B-PS. Daarnaast wordt er in dit onderzoek gekeken of er overige verschillen op onder andere gedragskenmerken zijn tussen mensen met een licht verstandelijke beperking en een cluster B-PS en mensen met een licht verstandelijke beperking zonder cluster B-PS. Dit om meer zicht te krijgen op de diagnose cluster B persoonlijkheidsstoornis bij licht verstandelijk beperkte mensen.

Methode

Participanten

De hypothesen van het onderzoek zijn getest in een steekproef bestaande uit cliënten van de Trajectum behandelvoorzieningen. De cliënten hebben een verstandelijke beperking (IQ tussen de 50 en 85) en laten onbegrepen en risicovol gedrag zien. Enkele cliënten in het onderzoek hebben een IQ tussen de 70 en 85 en zijn, wanneer gekeken wordt naar de classificaties in de DSM- IV, zwakbegaafd. Omdat zij toch de behandeling en begeleiding van

een LVB instelling als Trajectum nodig hebben is er in dit onderzoek voor gekozen deze groep mee te nemen onder de noemer licht verstandelijk beperkt. De cliënten zijn onderverdeeld in twee groepen, de cluster B-PS groep en de klinische controlegroep. In de cluster B-PS groep verkeren de participanten met een diagnose cluster B-PS. De diagnose is gesteld door het multidisciplinaire team, een team bestaande uit gedragswetenschappers en een psychiater. In de klinische controlegroep zijn cliënten opgenomen met een stemmingsstoornis, psychotische stoornis, *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD), ernstige gedragsproblemen zonder uitgesproken diagnose, of een genetisch syndroom. Exclusie criteria voor beide groepen zijn: cliënten met autisme of *Pervasive Developmental Disorder (Not Otherwise Specified)* (PPD-NOS), cliënten met actuele en ernstige verslavingsproblematiek en cliënten met ernstig ontregelende comorbide stoornissen. In dit onderzoek zijn alleen cliënten met een Nederlandse achtergrond opgenomen. Dit omdat in andere culturen andere opvattingen kunnen zijn op het gebied van (fysieke) mishandeling. Er zijn 109 cliënten, allen verblijvend in één van de Trajectum behandelvoorzieningen, benaderd voor het onderzoek. In totaal hebben 79 cliënten aan het onderzoek meegedaan. Helaas is het niet mogelijk geweest al deze cliënten op te nemen in de onderzoeksgroep, dit vanwege het grote aantal *missing data*. Cliënten met meer dan 10 % *missing data* zijn uitgesloten van het onderzoek. In dit onderzoek overschreden 40 participanten deze grens. Het ontbreken van data, *missing data*, kan worden verklaard door onder andere de moeilijk te onderzoeken onderzoeksgroep. Enkele cliënten weigerden aan bepaalde testen deel te nemen of waren niet fysiek en/of psychisch in staat de onderzoeken te doen of af te maken. Daarnaast is het vertrek van cliënten naar vervolgvorzieningen of naar huis een verklaring voor het ontbreken van data. De uiteindelijke onderzoeksgroep bestaat uit 39 participanten en deze studie kan daarom beschouwd worden als een *pilot study*. Van 37 participanten uit de onderzoeksgroep is het mogelijk geweest de complete data te verzamelen. Van de in totaal 39 participanten zitten negentien participanten in de cluster B-PS groep, zeven mannen en twaalf vrouwen. De klinische controlegroep bestaat uit 20 participanten, dertien mannen en zeven vrouwen. De gemiddelde leeftijd van de cluster B-PS groep is 29.84 jaren ($SD = 8.98$; range 18-51) (tabel 1). De gemiddelde leeftijd van de klinische controlegroep is 30.30 jaren ($SD = 10.29$; range 18-49) (tabel 1).

Meetinstrumenten

Controle op de psychopathologie

Met de gedragsvragenlijst voor volwassenen van 18-59 jaar (ABCL; Achenbach & Rescorla, 2003) worden verschillen op gedragsniveau tussen de cluster B-PS groep en de controlegroep onderzocht. De ABCL omvat profielen met schalen voor depressieve problemen, angstproblemen, lichamelijke problemen, vermijdende persoonlijkheidsproblemen aandachts-, hyperactiviteits- en impulsiviteitsproblemen en antisociale persoonlijkheidsproblemen. In het onderzoek worden de T-scores opgenomen in statistische analyses. Er is sprake van een interval schaal. In de normaal begaafde populatie is de test betrouwbaar en valide gebleken (Achenbach & Rescorla, 2003). Uit het onderzoek van Tenneij en Koot (2007) blijkt dat de ABCL ook betrouwbaar en valide is bij mensen met LVB.

De *DSM-checklist* (Helzer & Janca, 1989) is een semigestructureerd diagnostisch interview dat sturend is voor het vaststellen van symptomen en diagnoses zoals gespecificeerd in de DSM op As 1 en As 2. In dit onderzoek is de *DSM-checklist* gebruikt om het eerder gestelde klinisch oordeel te controleren met de resultaten van de *DSM-checklist*. In onderzoek van Hudziak en collega's (1993) is sprake van een diagnostische overeenstemming van 95% tussen de diagnoses gesteld door de behandelend psychiaters en de resultaten van de *DSM-checklist*. Omdat er veel overlap is tussen de verschillende persoonlijkheidsstoornissen en de verschillende clusters binnen de persoonlijkheidsstoornissen, is ervoor gekozen de *DSM-checklist* niet als exclusie criterium te gebruiken, maar enkel om de verschillende groepen gebaseerd op het klinisch oordeel te vergelijken.

De *Personality Diagnostic Questionnaire* (PDQ-4+; Nederlandse vertaling: Akkerhuis, Kupka, van Groenestijn & Nolen, 1996) is een zelfrapportage vragenlijst op basis van de DSM-IV criteria voor persoonlijkheidsstoornissen. Met de vragenlijst wordt gemeten of de cliënten binnen de cluster B-PS groep voldoen aan de criteria voor een cluster B-PS. De PDQ-4+ bestaat uit 99 items, waarbij de cliënt wordt gevraagd of een stelling op hem of haar van toepassing is (juist/onjuist). Er is sprake van een nominaal meetniveau. In de normaal begaafde populatie is de betrouwbaarheid voldoende te noemen (Eurlings-Bontekoe, 2008). Er is discussie over de betrouwbaarheid van onderzoek door middel van zelfrapportage in het algemeen, zo ook bij dit instrument. Dingemans en Sno (2004) concluderen dat men op grond van de criteriumvaliditeit beter de PDQ-R kan gebruiken dan de PDQ-4+. De betrouwbaarheid en validiteit bij mensen met een LVB zijn onbekend. Er zijn geen andere instrumenten bekend die systematisch de kenmerken van PS nalopen en toegankelijk zijn voor de LVB doelgroep. De meest gebruikte instrumenten, de SCID (*Structured Clinical Interview*

for DSM Disorders) 1 en 2, doen te zeer een beroep op het verbale vermogen en het vermogen tot zelfreflectie en kunnen daarom niet gebruikt worden.

Misbruik in de kindertijd

De *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ; Nederlandse vertaling: van den Hazel & Didden, 2009) is een zelfrapportage vragenlijst die misbruik in de kindertijd meet. De vragenlijst is van oorsprong Engelstalig (Bernstein en Fink, 1998). De 28 items van de CTQ inventariseren de geschiedenis van misbruik en verwaarlozing van de cliënt. De vragenlijst is af te nemen vanaf 12 jaar en de schalen betreffen vijf domeinen: emotioneel misbruik, fysiek misbruik, seksueel misbruik en emotionele en fysieke verwaarlozing. Alle vijf de domeinen worden apart meegenomen in de analyse. De CTQ maakt gebruik van een 5-punts Likert schaal van '1. Nooit' tot en met '5. Altijd'. De interne consistentie van de schalen wordt over het algemeen gunstig beoordeeld. Seksueel misbruik ($\alpha = .93$ tot $.95$) en emotionele verwaarlozing ($\alpha = .88$ tot $.92$) zijn het meest betrouwbaar. Emotionele mishandeling ($\alpha = .84$ tot $.89$) en fysieke mishandeling ($\alpha = .81$ tot $.86$) zijn aanvaardbaar. De interne consistentie van fysieke verwaarlozing ($\alpha = .63$ tot $.78$) is marginaal. De test-hertest, met een tussentijd van 3.6 maanden, leverde stabiliteitscoëfficiënten op van rond de $.80$ (Bernstein, Fink, Handelsman & Foote, 1994). De validiteit van de CTQ is niet bekend.

Er is naast de CTQ gebruik gemaakt van een dossieranalyse om meer zicht te krijgen op de misbruikgeschiedenis van de cliënten. De dossieranalyse is uitgevoerd volgens de procedure van Helgeland en Torgerson (2004). Met behulp van een screening van het cliëntendossier op zestien variabelen worden de vroegkinderlijke factoren van de cliënt in kaart gebracht. De variabelen die gescreend worden zijn omgevingsfactoren, verwaarlozing, misbruik, verlies, negeren, scheiding, familieconflict, overcontrole, overbescherming, psychopathologie bij vader, psychopathologie bij moeder, zwangerschap, lichamelijke disfuncties, neurologische disfuncties, andere ontwikkelingsfactoren en beschermingsfactoren. De variabelen gemeten op interval meetniveau bestaan ieder uit verschillende subitems (Helgeland & Torgerson, 2004). Indien een subitem geregistreerd is in het dossier levert dit een score '1' op, indien een variabele niet aanwezig is levert dit een score '0' op. Voor dit onderzoek zijn alleen de scores op de omgevingsfactor 'misbruik' (maximaal twee subitems) en 'verwaarlozing' (maximaal zeven subitems) meegenomen in de data-analyse. De validiteit van het dossieronderzoek is door Helgeland en Torgerson (2004) niet gemeten, aangezien alle vragen uit de methode geoperationaliseerd zijn tot 'wel of niet aanwezig' in het dossier. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de in dit onderzoek

uitgevoerde dossieranalyse is uitgerekend door 10 dossiers, 5 van elke groep, door twee onderzoekers te laten analyseren. Gebleken is dat 88.89% van de gescoorde items overeenkomstig gescoord is. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid kan daarom goed genoemd worden.

Procedure

Om participanten voor het onderzoek te werven is een e-mail verstuurd naar alle gedragswetenschappers van Trajectum-Hanzeborg. In deze e-mail is gevraagd of de gedragswetenschappers cliënten zouden kunnen aanleveren met een door het multidisciplinair team vastgestelde cluster B-PS, of cliënten die geschikt zijn voor de klinische controle groep. Op het moment dat gedragswetenschappers cliënten aangeleverd hebben, is nogmaals gevraagd of de cliënten aan de criteria (beschreven bij proefpersonen) voldoen. Wanneer dit volgens de gedragswetenschapper het geval is, is aan de cliënt en de eventueel wettelijk vertegenwoordiger (mentor of curator) om schriftelijke toestemming gevraagd voor deelname aan het onderzoek. De participant is per brief verteld dat het onderzoek vrijwillig is en dat de gegevens geanonimiseerd worden. De gedragswetenschapper of een groepsleider van de cliënt is gevraagd de ABCL in te vullen. Het invullen van deze vragenlijsten duurt ongeveer 20 minuten. Daarnaast heeft de gedragswetenschapper of een groepsleider samen met één van de onderzoekers de DSM-checklist As 1 en 2 ingevuld, dit heeft ongeveer 45 minuten in beslag genomen. De cliënt is ongeveer twee uur bij één van de onderzoekers geweest. Vooraf is nogmaals gevraagd, doormiddel van een informatieve brief, of de cliënt instemt met onderzoek. De cliënt heeft akkoord moeten tekenen. In het twee uur durende contact met een onderzoeker is een aantal neuro-psychologische tests gedaan (niet relevant voor dit onderzoek) en zijn de PDQ-4+ en de CTQ door de cliënt ingevuld. Wanneer nodig, is de participant geholpen tijdens het invullen van de vragenlijsten door de vragen voor te lezen. Moeilijk te motiveren cliënten (die weigerden mee te werken) hebben na deelname vijf euro ontvangen. Als laatste is door de onderzoekers een gestructureerde dossieranalyse uitgevoerd (Helgeland & Torgersen, 2004).

Statistische analyse

Allereerst zijn beschrijvende statistieken gebruikt om na te gaan of voldaan is aan de voorwaarden om de noodzakelijke statistische technieken te mogen gebruiken.

Bij het analyseren van de data is gebruik gemaakt van het statistische programma SPSS (*Statistical Program for the Social Sciences*). Om de onderzoeksgroep te beschrijven is

bekeken hoe de verdeling van geslacht is en daarnaast is het gemiddelde van leeftijd en IQ (totaal, verbaal en performaal) berekend. Vervolgens is met *independent samples t-testen* gekeken of er verschillen zijn tussen de cluster B-PS groep en de klinische controlegroep in leeftijd, IQ (totaal, verbaal en performaal) en ABCL gedragskenmerken.

Om de validiteit van het klinisch oordeel te beoordelen is zowel bij de resultaten van de *DSM checklist* As 1 en 2, als de zelfbeoordelvragenlijst PDQ-4+ een *Fisher exact test* uitgevoerd. Op deze manier is gekeken of er significante verschillen zijn tussen de cluster B-PS groep en de klinische controlegroep en is duidelijk geworden of soort en aantal diagnoses binnen een groep overeenkomen met de groepsindeling.

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is per schaal van de CTQ en per variabele van de dossieranalyse een gemiddelde berekend voor zowel de cluster B-PS groep als de klinische controlegroep. Er zijn meerdere *independent samples t-testen* uitgevoerd om te kijken of er significante verschillen zijn in gemiddelden op (seksueel) misbruik tussen de cluster B-PS groep en de klinische controlegroep. De onafhankelijke variabele is het wel of niet aanwezig zijn van een persoonlijkheidsstoornis. De uitkomsten van de dossieranalyse en de CTQ, welke aangeven of er wel of geen sprake is van (seksueel) misbruik, zijn gebruikt als afhankelijke variabelen. Er is getoetst met een tweezijdig alpha-level van $\alpha = 0.05$.

Resultaten

Participanten

De gemiddelde leeftijd, het totale IQ (TIQ), het verbale IQ (VIQ) en het performale IQ (PIQ) van de participanten zijn weergegeven in tabel 1. Zowel in de cluster B-PS groep als in de klinische controlegroep hebben de participanten gemiddeld een hoger PIQ dan VIQ. Er zijn geen significante verschillen gevonden in leeftijd, TIQ, VIQ en PIQ tussen de twee groepen. Dit betekent dat de groepen op deze factoren niet verschillen en dus vergelijkbaar zijn.

Tabel 1. *Gemiddelden, standaarddeviaties en de resultaten van de independent samples t-test van leeftijd en IQ voor elk van de onderscheiden groepen.*

	<u>PS</u> (n=19)	<u>Controle</u> (n=20)	<i>t</i> (<i>df</i> =37)	<i>p</i>
Leeftijd	29.84 (8.98)	30.30 (10.29)	-.15	.88
TIQ	70.79 (9.73)	69.30 (5.90)	.58	.56
VIQ	70.42 (9.37)	68.17 (8.60)*	.76**	.45
PIQ	74.16 (11.57)	74.56 (8.90)*	-.12**	.91

Noot¹: * *n* = 18

Noot²: ** *df* = 35

DSM-checklist

Het klinisch oordeel van het multidisciplinair team is vergeleken met de resultaten van een door een groepsleider of gedragsdeskundige ingevulde *DSM checklist* As 1 en As 2. Verwacht werd dat de resultaten van de *DSM checklist* As 1 en As 2 overeen zouden komen met het klinisch oordeel gesteld door het multidisciplinair team. Opvallend is dat uit de resultaten blijkt dat 15.79% van de participanten uit de cluster B-PS groep geen PS-classificatie krijgt op de *DSM-checklist*. Daarnaast blijkt dat 35.00% van de participanten in de klinische controlegroep wel een PS-classificatie krijgt. Dit komt niet overeen met de verwachting.

Aangezien niet aan de voorwaarden van de Chi-kwadraat toets ten aanzien van de verwachte celfrequenties is voldaan (*percentage expected count <5*), is de *Fisher's Exact Test* uitgevoerd. Met de *Fisher's Exact Test* wordt gekeken of er sprake is van significante verschillen op de *DSM checklist* As 1 en As 2 tussen de cluster B-PS groep en de klinische controlegroep (tabel 5, zie bijlage). Uit de resultaten blijkt dat ADD en ADHD (hyperactieve type en gecombineerde type) significant meer voorkomen bij de klinische controlegroep dan bij de cluster B-PS groep. Daarnaast komt een Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS) significant vaker voor in de cluster B-PS groep dan in de klinische controlegroep. Opvallend is dat door de gedragsdeskundige of de groepsleider enkel de borderline Persoonlijkheidsstoornis significant vaker wordt vastgesteld bij de cluster B-PS groep dan bij de klinische controlegroep. Bij de overige cluster B persoonlijkheidsstoornissen is geen significant verschil gevonden. Dit komt niet overeen met het klinisch oordeel.

ABCL

Om meer zicht te krijgen op de verschillen in gedragskenmerken tussen de twee groepen zijn de uitkomsten van de ABCL bekeken (tabel 2). Om na te gaan of er sprake is van significante verschillen in gemiddelden tussen de cluster B-PS groep en de klinische controlegroep zijn *independent samples t-testen* uitgevoerd. Er blijken significante verschillen te zijn tussen de groepen op de subschalen 'depressieve problemen', 'lichamelijke problemen' en 'antisociale persoonlijkheidsproblemen'. Dit is wat betreft de depressieve en antisociale persoonlijkheidsproblemen in lijn met de verwachting dat deze gedragsproblemen meer voorkomen bij mensen met een PS. Opvallend is dat de klinische controlegroep niet significant hoger scoort op Aandachtstekort en Hyperactiviteitsproblemen. Participanten met PS blijken gemiddeld net zoveel Aandachtstekort en Hyperactiviteitsproblemen te hebben als de participanten in de klinische controlegroep.

Tabel 2. Gemiddelde *t*-scores, standaarddeviaties en de resultaten van de *independent samples t-test* op de schalen van de ABCL voor elk van de onderscheiden groepen.

	<u>PS</u> (<i>n</i> =18)	<u>Controle</u> (<i>n</i> =20)	<i>t</i> (<i>df</i> =36)	<i>p</i>
Angst	59.67 (8.33)	57.80(7.55)	.73	.47
Depressief	69.50 (11.60)	62.00(7.46)	2.40	.02*
Lichamelijk	62.22 (10.25)	55.30(6.41)	2.46	.02*
Ontwijkende persoonlijkheid	65.22 (7.71)	61.20(6.79)	1.71	.10
Aandachtstekort/Hyperactiviteit	63.33 (7.17)	63.35(10.10)	-.01	1.00
Antisociale Persoonlijkheid	69.22 (8.19)	62.05(10.39)	2.34	.03*

Noot!: * *p* < .05

PDQ-4+

Om het klinisch oordeel van het multidisciplinair team te vergelijken met een zelfrapportage van de participant zijn de resultaten van de PDQ-4+ bekeken. Verwacht werd dat de resultaten van de PDQ-4+ overeen zouden komen met het klinisch oordeel gesteld door het multidisciplinair team. Aangezien niet aan de voorwaarden van de Chi-kwadraat toets ten aanzien van de verwachte celfrequenties is voldaan (*percentage expected count* <5), is de *Fisher's Exact Test* uitgevoerd. Met behulp van deze test is gevonden dat de borderline PS significant meer voorkomt bij de cluster B-PS groep dan bij de klinische controlegroep (tabel 3). Bij de overige cluster B persoonlijkheidsstoornissen verschilt de cluster B-PS groep niet significant van de klinische controlegroep.

Tabel 3. Percentage PS classificaties op PDQ-4+ voor elk van de onderscheiden groepen en *Fisher's Exact Test*.

	<u>PS</u> (<i>n</i> =18)	<u>Controle</u> (<i>n</i> =20)	<u>LSD</u>
Theatrale PS	11.11	10.00	1.00
Antisociale PS	27.77	35.00	.73
Narcistische PS	11.11	20.00	1.00
Borderline PS	77.77	25.00	.00*

Noot!: * *p* < .05

Relatie misbruik en PS

Dossieranalyse

Om te bekijken of er verschillen zijn tussen de cluster B-PS groep en de klinische controlegroep in de dossiergegevens over misbruik is een *independent samples t-test* uitgevoerd (tabel 4). De verschillen in gemiddelden op de subschalen 'verwaarlozing/negeren' en 'misbruik' zijn te klein om te spreken van een significant verschil. De verwachting dat

misbruik in verhoogde mate voorkomt bij de cluster B-PS groep, wordt hiermee niet bevestigd. Een geschiedenis van misbruik en verwaarlozing/negeren blijkt niet significant meer voor te komen bij participanten met een PS dan bij participanten in de klinische controlegroep zonder PS diagnose.

CTQ

Verwacht werd dat een geschiedenis van misbruik, in het bijzonder seksueel misbruik, meer voorkomt bij participanten met een PS. Om te beoordelen of de verschillen op de CTQ significant zijn zijn *independent samples t-testen* uitgevoerd (tabel 4). De groep met PS scoort significant hoger op ‘seksueel misbruik’. Op de overige subschalen zijn geen significante verschillen gevonden. De verwachting dat er meer misbruik voorkomt in de geschiedenis van participanten met een PS wordt hiermee bevestigd.

Tabel 4. *Gemiddelde scores, standaarddeviaties en de resultaten van de independent samples t-test op de schalen verwaarlozing/negeren en misbruik van de dossieranalyse en op de CTQ voor de beide onderzoeksgroepen.*

	<u>PS</u> (n=19)	<u>Controle</u> (n=20)	<u>t</u> (df=37)	<u>p</u>
<u>Dossieranalyse</u>				
Verwaarlozing/Negeren	.89 (.99)	.75 (.97)	.46	.65
Misbruik	1.79 (1.62)	1.70 (1.84)	.16	.87
<u>CTQ</u>				
	(n=19)	(n=19)	(df=36)	
Emotioneel misbruik	1.89 (1.37)	1.05 (1.27)	1.97	.06
Lichamelijk misbruik	1.05 (1.27)	1.00 (1.37)	.12	.90
Seksueel misbruik	2.26 (1.10)	1.26 (1.10)	2.81	.01*
Emotionele verwaarlozing	1.84 (1.17)	1.21 (1.13)	1.69	.10
Lichamelijk verwaarlozing	1.42 (1.22)	.79 (.98)	1.77	.09

Noot!: * $p < .05$

Discussie/ Conclusie

Misbruik en een cluster B persoonlijkheidsstoornis bij mensen met een lichte verstandelijke beperking

Uit onderzoek naar de ontwikkeling van persoonlijkheidsstoornissen blijkt dat misbruik in de kindertijd een belangrijke risicofactor is (Battle et al., 2004; Bierer et al., 2003; Groover et al., 2007). Deze onderzoeken zijn echter alleen uitgevoerd bij normaal begaafden. Er ontbreekt onderzoek naar de ontwikkeling van persoonlijkheidsstoornissen bij mensen met een lichte verstandelijk beperking. In dit onderzoek is nagegaan of misbruik in de kindertijd in

verhoogde mate voorkomt bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Er is specifiek gekeken naar (seksueel) misbruik bij mensen met een lichte verstandelijke beperking en een cluster B persoonlijkheidsstoornis. Het is van belang deze relatie te onderzoeken aangezien er sprake is van hoge prevalentiecijfers voor persoonlijkheidsstoornissen bij deze groep mensen. Wanneer er meer bekend is over de etiologie van persoonlijkheidsstoornissen kunnen de symptomen beter herkend en meer gericht behandeld worden. Daarnaast kan vroege identificatie van risicokinderen de lange termijn consequenties van misbruik, zoals de ontwikkeling van een persoonlijkheidsstoornis, beperken (Nederhof et al., 2010).

In dit onderzoek onder licht verstandelijk beperkten is met behulp van zelfrapportage gevonden dat seksueel misbruik in de kindertijd meer voorkomt bij mensen met een lichte verstandelijke beperking en een cluster B persoonlijkheidsstoornis dan bij mensen met een lichte verstandelijke beperking zonder een cluster B persoonlijkheidsstoornis. Dit is in overeenstemming met de verwachtingen gebaseerd op onderzoek van Flynn en collega's (2002), Grover en collega's (2007) en Johnson en collega's (1999). Op grond van onder andere onderzoek van Helgeland en Torgersen (2004) werd verwacht dat ook andere vroegkinderlijke vormen van misbruik als fysieke mishandeling en verwaarlozing significant meer gerapporteerd zouden worden door de cliënten in de cluster B persoonlijkheidsstoornisgroep. Dit blijkt niet het geval te zijn. Bij de andere schalen van de zelfrapportage vragenlijst, waaronder emotioneel misbruik, lichamelijk misbruik, emotionele verwaarlozing en lichamelijk verwaarlozing, zijn geen significante verschillen gevonden tussen de cluster B persoonlijkheidsstoornisgroep en de klinische controlegroep. Dit zou verklaard kunnen worden door de formulering van de vragen in de zelfrapportage vragenlijst omtrent lichamelijk en emotioneel misbruik en verwaarlozing. Deze vragen zijn mogelijk minder goed begrepen of minder sturend dan de vragen over seksueel misbruik. Dit lijkt echter zeer onwaarschijnlijk. Een andere verklaring kan zijn dat in veel gezinnen waar de cliënten opgegroeid zijn, het normaal gevonden wordt dat men op een gewelddadige manier met elkaar communiceert. Cliënten zien deze ervaringen dan niet als noemenswaardig. Daarnaast kan een derde verklaring voor het significante verschil op de seksueel misbruik schaal van de zelfrapportagevragenlijst zijn dat mensen met een cluster B persoonlijkheidsstoornis, voornamelijk de cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis, erg op zoek zijn naar aandacht. Het benoemen van seksueel misbruik veroorzaakt immers aandacht van hulpverleners. Wanneer een cliënt aangeeft dat seksueel misbruik in zijn of haar geschiedenis heeft plaatsgevonden, is het van belang zeer voorzichtig met deze informatie om te gaan en verder onderzoek te doen naar de geschiedenis

van deze cliënt. Naast de mogelijke verklaringen voor de resultaten van de zelfrapportage, is het ook van belang te noemen dat er (helaas) nog veel discussie is over het gebruik van zelfrapportage vragenlijsten in wetenschappelijk onderzoek. Waar de zelfrapportage vragenlijst in dit onderzoek een belangrijk instrument is geweest om een antwoord te krijgen op de vraag of (seksueel) misbruik in de kindertijd meer voorkomt bij mensen met een lichte verstandelijke beperking en een cluster B persoonlijkheidsstoornis, zijn er ook kanttekeningen te plaatsen bij het gebruik van zelfrapportage. Dit ondanks dat het gebruik van zelfrapportage in het huidige onderzoek tot nieuwe inzichten heeft geleid. Het gebruik van een zelfrapportage vragenlijst vraagt veel openheid van de cliënt op zeer gevoelig gebied, het gaat immers om misbruik. Mogelijk willen en kunnen niet alle cliënten openheid van zaken geven. Daarnaast is er nog weinig onderzoek gedaan naar de betrouwbaarheid en validiteit van zelfrapportage vragenlijsten. Helemaal wanneer het gaat om de bruikbaarheid van deze vragenlijsten bij mensen met een lichte verstandelijke beperking. In dit onderzoek zijn de vragenlijsten voorgelezen aan participanten wanneer ze de vragen niet goed begrepen. De participanten hebben de vragenlijsten op deze manier goed in kunnen vullen. Echter, het vraagt wel meer openheid van de participanten. Ze dienen immers hardop antwoord te geven op de vragen in direct contact met een onderzoeker.

Uit de dossieranalyse blijkt niet dat participanten in de cluster B persoonlijkheidsstoornisgroep significant meer verwaarlozing en misbruik in hun kindertijd hebben meegemaakt dan participanten in de klinische controlegroep. Dit komt niet overeen met de uitkomsten van de zelfrapportage vragenlijst en de verwachtingen, gebaseerd op onder andere onderzoek van Helgeland en Torgersen (2004), voorafgaand aan het onderzoek. Een verklaring voor het niet vinden van een significant verschil in verwaarlozing en misbruik tussen de cluster B persoonlijkheidsstoornisgroep en de klinische controlegroep in de dossieranalyse kan zijn, dat veel informatie over de voorgeschiedenis van de participanten in dossiers ontbreekt. Het niet vermeld worden van misbruik in het dossier, wil niet zeggen dat er daadwerkelijk geen sprake is van misbruik (of andere belangrijke risicovariabelen). Er is vaak een overdaad aan informatie over de psychologische onderzoeken die zijn uitgevoerd, terwijl de informatie over het gezin van herkomst summier is. Er zijn weinig valide en betrouwbare onderzoeksinstrumenten die navraag naar de familie van de cliënt en de opvoedsituatie mogelijk maken. Daarbij wordt vrijwel nooit een zelfrapportage vragenlijst in een persoonlijkheidsonderzoek opgenomen, omdat er nog veel discussie over zelfrapportage vragenlijsten is. Het is daarentegen wel noodzakelijk dat er goede dossiervorming plaatsvindt. Naast psychologische onderzoeken moet ook onderzoek worden gedaan naar de geschiedenis

van een cliënt. Zo zou het goed zijn om naast het afnemen van een ontwikkelingsanamnese gebruik te maken van inzichten van begeleiders en waar mogelijk ook van informatie uit de vorige (behandel)instellingen. Dit om een compleet beeld te krijgen van de geschiedenis van de cliënt.

Concluderend kan worden gesteld dat de resultaten van de zelfrapportage uitwijzen dat seksueel misbruik bij mensen met een lichte verstandelijke beperking, net als bij de normaal begaafde populatie, meer voorkomt bij mensen met een cluster B persoonlijkheidsstoornis.

De diagnose persoonlijkheidsstoornis bij mensen met een lichte verstandelijke beperking en de uiteindelijke groepsindeling

De groepsindeling op basis van het klinisch oordeel, gevormd door een multidisciplinair team, is gecontroleerd op basis van verschillende controlevariabelen. Dit om de twee groepen niet alleen op klinisch oordeel te vergelijken maar ook op gedragskenmerken en zelfrapportages. Opvallend is dat de diagnose gesteld door het multidisciplinaire team in enkele gevallen niet overeenkomt met de beoordeling van een gedragswetenschapper of groepsleider aan de hand van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Een aantal participanten in de klinische controlegroep voldoet volgens de beoordeling van de gedragswetenschapper of groepsleider aan de criteria voor een diagnose cluster B persoonlijkheidsstoornis. Daarnaast is voor enkele participanten in de cluster B persoonlijkheidsstoornisgroep op basis van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* geen diagnose PS gesteld. Een mogelijke verklaring voor deze resultaten kan zijn dat de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* in enkele gevallen is beoordeeld door de persoonlijk begeleider op de leefgroep van de participant. Dit vanwege het niet beschikbaar zijn van een gedragswetenschapper. Groepsleiding beschikt niet altijd over voldoende inzicht in de problematiek van cliënten, wat er voor kan zorgen dat de uitkomst niet overeenkomt met de diagnose gesteld door het multidisciplinaire team. Daarnaast is er vaak sprake van comorbiditeit bij mensen met een lichte verstandelijke beperking. Er worden meerdere symptomen van verschillende stoornissen waargenomen. Daarbij vertonen verschillende persoonlijkheidsstoornissen vaak onderling veel symptoomoverlap en ook stoornissen als *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* hebben symptoomoverlap met persoonlijkheidsstoornissen. Dit bemoeilijkt het stellen van een geheel zuivere diagnose en het verkrijgen van twee zuivere onderzoeksgroepen voor dit onderzoek. Ook de uitkomsten van de zelfrapportage vragenlijst voor persoonlijkheidsstoornissen wijzen uit dat participanten in de cluster B persoonlijkheidsstoornisgroep niet meer problemen ervaren op het gebied van de

persoonlijkheidsontwikkeling, dan participanten in de klinische controlegroep. Het aantal diagnoses cluster B persoonlijkheidsstoornis komt in beide groepen bijna overeen. De uitkomsten zijn volgens de verwachtingen. Mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis ervaren vaak problemen en geven deze problemen duidelijk aan. Uit de resultaten blijkt dan ook dat een groter aantal participanten uit de cluster B persoonlijkheidsstoornisgroep symptomen van een borderline persoonlijkheidsstoornis rapporteert dan het aantal participanten in de klinische controlegroep. De participanten met een andere cluster B persoonlijkheidsstoornis dan een borderline persoonlijkheidsstoornis (h)erkennen vaak niet dat er bij hen sprake is van een stoornis, ze leggen de problemen buiten zichzelf. Dit kan een verklaring zijn voor de gevonden resultaten. Een andere verklaring zou kunnen zijn dat seksueel misbruik vaker leidt tot een borderline persoonlijkheidsstoornis dan tot een andere cluster B persoonlijkheidsstoornis. Meer onderzoek is noodzakelijk om dit te bevestigen, dan wel te ontkennen. De resultaten met betrekking tot de controlevariabelen laten zien dat een groepsindeling die enkel op een klinisch oordeel van een multidisciplinair team is gebaseerd discutabel is. Hiermee wordt duidelijk dat het in de praktijk moeilijk blijkt een diagnose persoonlijkheidsstoornis te stellen bij mensen met een lichte verstandelijke beperking.

Aanbevelingen voor verder onderzoek

Er zou meer onderzoek gedaan moeten worden naar de mogelijkheid van het diagnosticeren van een persoonlijkheidsstoornis bij mensen met een lichte verstandelijke beperking. Tot op heden is onduidelijk wanneer de ontwikkeling van de persoonlijkheid als compleet gezien kan worden (Royal College of Psychiatrists, 2001). Een aanbeveling vanuit dit onderzoek is meer symptoomgericht behandelen. Dit omdat er vaak sprake is van comorbiditeit van stoornissen en overlap van symptomen. Vaak wordt er, juist omdat in de praktijk blijkt dat een zuivere diagnose persoonlijkheidsstoornis moeilijk te stellen is, nog te weinig gericht behandeld. Er blijven, met alleen het oog op de diagnose en een aansluitende behandeling, vaak symptomen onbehandeld, omdat zij niet in het plaatje passen van de gestelde diagnose. Voor vervolgonderzoek is het ook van belang dat er gewerkt wordt met zuivere onderzoeksgroepen. Deze groepen zouden in het vervolg gevormd kunnen worden door in de eerste plaats te kijken naar symptomen en daarna pas naar de mogelijke diagnose. Daarnaast is het van belang dat vervolgonderzoek naar seksueel misbruik bij mensen met een cluster B persoonlijkheidsstoornis en een lichte verstandelijke beperking wordt verricht bij een grotere onderzoeksgroep. Dit omdat het huidige onderzoek is uitgevoerd bij een relatief kleine

onderzoeksgroep. Er is daarnaast meer onderzoek nodig naar de voorgeschiedenis van cliënten met een cluster B persoonlijkheidsstoornis en een lichte verstandelijke beperking. Dit onderzoek is een goede *pilot-study* naar de invloed van één factor in de kindertijd, maar naar alle waarschijnlijkheid zijn er meerdere factoren van invloed op de ontwikkeling van persoonlijkheidsstoornissen. Het is van groot belang dat hier onderzoek naar wordt gedaan. Wanneer er steeds meer bekend over de etiologie van persoonlijkheidsstoornissen kan er preventief en meer gericht behandeld worden. Er is grote vraag naar meer kennis op het gebied van mensen met een lichte verstandelijke beperking, omdat onderzoek bij deze doelgroep vaak summier is. Ook heeft dit onderzoek laten zien wat het belang is van zelfrapportage vragenlijsten. Het geeft een andere kant weer, de kant van de cliënt. Dit is een zeer goede toevoeging aan de informatie die men al heeft verworven met andere onderzoeken en vragenlijsten. Er is echter wel veel discussie over het gebruik van deze vragenlijsten en het is daarom ook van blijvend belang dat zelfrapportage vragenlijsten worden getest op betrouwbaarheid en validiteit.

Dit onderzoek is een goede stap in de richting om meer kennis te krijgen op het gebied van risicofactoren in de kindertijd die uiteindelijk tot (persoonlijkheids)stoornissen in de volwassenheid kunnen leiden. Het moedigt daarnaast hopelijk anderen aan om meer onderzoek te doen bij mensen met een lichte verstandelijke beperking.

Literatuurlijst

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2003). *Manual for the ASEBA Adult Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Akkerhuis, G. W., Kupka, R. W., Groenestijn, van, M. A. C., & Nolen, W. A. (1996). *PDQ-4+. Vragenlijst voor persoonlijkheidskenmerken*. Lisse: Swets & Zeitlinger Publishers.
- Alexander, R., & Cooray, S. (2003). Diagnosis of personality disorders in learning disability. *British Journal of Psychiatry*, *182*, S28-S31.
- Alexander, T. R., Green, F. N., O'Mahony, B., Gunaratna, I. J., Gangadharan, S. K., & Hoare, S. (2010). Personality disorders in offenders with intellectual disability: a comparison. *Journal of Intellectual Disability Research*, *54*, 650-658.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Battle, C. L., Shea, M. T., Johnson, D. M., Yen, S., Zlotnick, C., Zanarini, M. C., et al (2004). Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: Findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Journal of Personality Disorders*, *18*, 193-211.
- Bernstein, D. P., & Fink, L. (1998). *Childhood trauma questionnaire: A retrospective self-report*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., & Foote, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*, *151*, 1132-1136.
- Bierer, L. M., Yehuda, R., Schmeidler, J., Mitropoulou, V., New, A. S., Silverman, J. M., et al. (2003). Abuse and neglect in childhood: Relationship to personality disorder diagnoses. *CNS Spectrums*, *8*, 737-754.
- Carr, S., & Francis, A. (2009). Childhood maltreatment and adult personality disorder symptoms in a non-clinical sample. *Australian Psychologist*, *44*, 146-155.
- Didden, R., & Hazel, van den, T. (2009). Persoonlijkheidsstoornissen bij mensen met een lichte verstandelijke beperking. In Didden, R., & Moonen, X. (red.), *Met het oog op behandeling 2* (pp. 73-81). Amersfoort: Bergdrukkerij.
- Dingemans, P. M. A. J., & Sno, H. N. (2004). Meetinstrumenten voor persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *46*, 705-709.

- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D.F., & Giles, W. H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span - Findings from the adverse childhood experiences study. *Journal of the American Medical Association*, 286, 3089-3096.
- Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: Results from the adverse childhood experiences study. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1453-1460.
- English, D. J., Upadhyaya, M. P., Litrownik, A. J., Marshall, J. M., Runyan, D. K., Graham, J. C., et al. (2005). Maltreatment's wake: The relationship of maltreatment dimensions to child outcomes. *Child Abuse and Neglect*, 29, 597-619.
- Eurelings-Bontekoe, L. (2008). *Handboek Persoonlijkheidspathologie*. Bohn: Stafleu & van Loghum.
- Flynn, A., Matthews, H., & Hollins, S. (2002). Validity of the diagnosis of personality disorder in adults with learning disability and severe behavioural problems. *British Journal of Psychiatry*, 180, 543-546.
- Grover, K.E., Carpenter, L. L., Price, L. H., Gagne, G. G., Mello, A. F., Mello, M. F., et al. (2007). The relationship between childhood abuse and adult personality disorder symptoms. *Journal of Personality Disorders*, 21(4), 442-447.
- Hazel, van den, T., Didden, R. (2009). *Childhood Trauma Questionnaire*. Zutphen: Hanzeborg.
- Hazel, van den, T., Didden, R., Korzilius, H., & Jonker, E. (2008). Effecten van de diagnose persoonlijkheidsstoornis op het handelen van hulpverleners. *NTZ*, 2, 75-93.
- Helgeland, M. I. & Torgersen, S. (2004). Developmental antecedents of Borderline Personality Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 138-147.
- Helzer, J. E., & Janca, A. (1989). *DSM-III-R Criteria Checklist*. Burlington, VT: Dept of Psychiatry, University of Vermont School of Medicine.
- Hudziak, J. J., Helzer, J. E., Wetzel, M. W., Kessel, K. B., McGee, B., Janca, A., et al. (1993). The use of the DSM- III- R checklist for initial diagnostic assessments. *Comprehensive psychiatry*, 34, 375-383.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E. M., & Bernstein, D. P. (1999). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Arch Gen Psychiatry*, 56, 600-606.

- Lindsay, W. R. (2007). Personality Disorder. In Bouras, N., & Holt, G. (red.), *Psychiatric and Behavioral Disorders and developmental Disabilities* (pp. 143-153). London: Cambridge University Press.
- Lindsay, W., Hogue, T., Taylor, J., Mooney, P., Steptoe, L., Johnston, S., et al. (2006). Two studies on the prevalence and validity of personality disorder in three forensic intellectual disability samples. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, *17*, 485-506.
- Lindsay, W. R., Taylor, J. L., Hogue, T. E., Mooney, P., Steptoe, L., & Morrissey, C. (2010). Relationship between assessed emotion, personality, personality disorder and risk in offenders with intellectual disability. *Psychiatry, Psychology and Law*, *3*, 385-397.
- Nederhof, E., Ham, J. M., van der, Dingemans, P. M. J. A., & Oei, T. I. (2010). The relation between dimensions of normal and pathological personality and childhood maltreatment in incarcerated boys. *Journal of Personality Disorders*, *24*, 746-762.
- Royal College of Psychiatrists (2001). *DC-LD, Diagnostic Criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation*. London: Gaskell.
- Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S. A., Bradley, V. J., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M., et al. (2010). *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports* (Eleventh edition). Washington DC: AAIDD.
- Stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ (2008). *Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen; richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis*.
- Teicher, M. H., Samson, J. A., Polcari, A., & McGreenery, C. E. (2006). Sticks, stones, and hurtful words: Relative effects of various forms of childhood maltreatment. *American Journal of Psychiatry*, *163*, 993-1000.
- Tenneij, N. H., & Koot, H. M. (2006). Doelgroep in beeld. Utrecht: De Borg.
- Tenneij, N. H., & Koot, H. M. (2007). A preliminary investigation into the utility of the Adult Behavior Checklist in the assessment of psychopathology in people with low IQ. *Journal of applied research in intellectual disabilities*, *20*, 391-400.
- Toorn, van, B. (2008). Zwakbegaafdheid. In Blansjaar, B. A., Beukers, M. M., & Kordelaar, van, W. F. (red.), *Stoornis en delict; handboek psychiatrische en psychologische rapportage in strafzaken* (pp. 124-140). Utrecht: De Tijdstroom.
- Verheul, R., & Kamphuis, J. (2007). De toekomst van persoonlijkheidsstoornissen. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Zigler, E., Bennet-Gates, D., Hodapp, R., & Henrich, C. (2002). Assessing personality traits of individuals with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, *107*, 181-193.

Bijlage 1: Resultaten

Tabel 5. *Percentage DSM classificaties op de DSM checklist As 1 en As 2 voor elk van de onderscheiden groepen en Fisher's Exact Test.*

	<u>PS</u>	<u>Controle</u>	<u>LSD</u>
	(n=19)	(n=20)	
Angst: paniekaanval	21.05	15.00	.70
Angst: agorafobie	26.32	5.00	.09
Paniekstoornis met agorafobie	15.79	5.00	.34
Paniekstoornis zonder agorafobie	0.00	0.00	-
Specifieke fobie	0.00	10.00	.49
Sociale fobie	31.58	25.00	.73
Gegeneraliseerde angststoornis	26.32	15.00	.45
Obsessieve-compulsieve stoornis	10.53	5.00	.61
Post Traumatische Stress Stoornis	52.63	15.00	.02*
Stemmingsstoornis Depressieve episode	15.79	20.00	1.00
Manische episode	5.26	20.00	.34
Gemengde episode	5.26	10.00	1.00
Hypomane episode	10.53	15.00	1.00
Depressieve episode recidiverend	15.79	15.00	1.00
Dysthyme stoornis	21.05	20.00	1.00
Bipolair I, eenmalige manische episode	0.00	0.00	-
Bipolair I, laatste episode hypomaan	0.00	0.00	-
Bipolair I, laatste episode manisch	5.26	0.00	.49
Bipolair I, laatste episode gemengd	0.00	10.00	.49
Bipolair I, laatste episode depressief	0.00	0.00	-
Bipolair II recidive, depressief, hypomaan	0.00	5.00	1.00
Cyclothyme stoornis	0.00	0.00	-
Autistische stoornis	10.53	10.00	1.00
Desintegratiestoornis van de kinderleeftijd	0.00	0.00	-
Asperger	0.00	5.00	1.00
ADHD totaal	10.53	45.00	.03*
ADHD aandacht	10.53	45.00	.03*
ADHD hyperactief impulsief	5.26	40.00	.02*
Gedragstoornis Agressie	36.84	30.00	.74
Gedragstoornis Vernielen	21.05	10.00	.41
Gedragstoornis Liegen	21.05	25.00	1.00
Gedragstoornis Stelen	10.53	10.00	1.00
Gedragstoornis Weglopen	15.79	10.00	.66
Oppositieel Opstandige Gedragstoornis	52.63	30.00	.20
Aanpassingsstoornis	10.53	25.00	.41
Anorexia nervosa	0.00	0.00	-
Boulimia nervosa	10.53	5.00	.61
Somatisatiestoornis	15.79	5.00	.34
Schizofrenie	0.00	5.00	1.00
Schizofreniforme stoornis	0.00	0.00	-
Schizo-affectieve stoornis	0.00	5.00	1.00
Kortdurende Psychotische stoornis	15.79	5.00	.34
Waanstoornis	0.00	0.00	-
Alcoholafhankelijkheid	15.79	25.00	.70

Cannabisafhankelijkheid	21.05	20.00	1.00
Afhankelijk van Amfetamines	15.79	5.00	.34
Afhankelijk van Cocaïne	10.53	5.00	.61
Afhankelijk van Opiaat (heroïne)	5.25	5.00	1.00
Misbruik / afhankelijk van medicijnen	0.00	0.00	-
Antisociale PS	47.37	31.58**	.51
Borderline PS	47.37	10.53**	.03*
Theatrale PS	10.53	5.25**	1.00
Narcistische PS	10.53	0.00**	.49

Noot¹: * $p < .05$

Noot²: ** $n = 19$