

Een vergelijkend onderzoek naar persoonlijkheidskenmerken bij zwakbegaafdheid

C.A.M. Ottink, P.T. van der Heijden, T. van den Hazel, M. Delforferie, H. Janssen, R. Didden

- Achtergrond** Er is nauwelijks onderzoek gedaan naar persoonlijkheidskenmerken en psychische stoornissen bij vrouwelijke en mannelijke patiënten met zwakbegaafdheid.
- Doel** Onderzoeken van genderverschillen in psychische stoornissen en gedragskenmerken bij patiënten met zwakbegaafdheid, en patiënten met gemiddelde begaafdheid.
- Methode** Bij 116 patiënten met zwakbegaafdheid en psychische stoornissen namen we de MMPI-2-RF af. Gemiddelde ruwe scores op de geherstructureerde klinische schalen (RC-schalen) van vrouwelijke en mannelijke patiënten met zwakbegaafdheid vergeleken we met die van een gematchte groep uit de algemene bevolking en een gematchte groep patiënten met psychische stoornissen en gemiddelde begaafdheid. De gemiddelde ruwe scores op de RC-schalen vergeleken we tussen mannen en vrouwen met zwakbegaafdheid en tussen vrouwen en mannen over de verschillende groepen.
- Resultaten** Vrouwelijke patiënten met zwakbegaafdheid rapporteerden significant meer klachten op RC-schalen voor internaliserende problemen dan mannelijke patiënten met zwakbegaafdheid. Zij rapporteerden significant meer externaliserende problemen en denkstoornissen dan gemiddeld begaafde vrouwen met psychische stoornissen. Een aantal verschillen tussen vrouwen en mannen waren significant groter binnen de groep zwakbegaafden dan binnen de andere groepen. We vonden geen significante verschillen tussen mannelijke patiënten met zwakbegaafdheid en gemiddeld begaafde mannen met psychische stoornissen.
- Conclusie** Onze bevindingen bevestigen het belang van gendersensitiviteit binnen de diagnostiek en behandeling van psychische stoornissen bij patiënten met zwakbegaafdheid. Vrouwelijke patiënten met zwakbegaafdheid blijken de kwetsbaarste groep wat betreft aard en ernst van de psychische stoornissen.

In de toenemend complexe samenleving ervaren mensen met zwakbegaafdheid grote uitdagingen. Zij hebben moeite zich staande te houden en zelfstandig door het leven te gaan. Het aantal zorgvragers met zwakbegaafdheid is aanzienlijk gestegen.¹ De DSM-5-V-code 'zwakbegaafdheid' heeft geen (IQ-)criterium meer. Er wordt vermeld in welke gevallen men de V-code kan geven: wanneer men (mede door een lage intelligentie) problemen ervaart in het adaptief functioneren of wanneer dit psychologische behandeling negatief beïnvloedt.^{2,3} Bij mensen met zwakbegaafdheid is er een veelvoud van risicofactoren die de persoonlijkheidsontwikkeling (negatief) beïnvloeden en het risico op psychische stoornissen vergroten.⁴ Recent onderzoek bij patiënten met zwakbegaafdheid en psychische stoornissen laat zien dat 28-42% (van 101 patiënten) in hoge mate ernstige en uitzonderlijke klachten (zoals psychotische symptomen) rapporteert.⁵ Zwakbegaafdheid in combinatie met de relatief hoge prevalentie van psychische stoornissen en bijkomend risicovol gedrag heeft een negatieve invloed

op de persoonlijkheidsontwikkeling en daarmee negatieve gevolgen voor de persoon, diens omgeving en de maatschappij.⁶ Het is niet verwonderlijk dat mensen met zwakbegaafdheid oververtegenwoordigd zijn binnen de (forensische) psychiatrie, de verslavingszorg en de maatschappelijke opvang.^{7,8} Meerdere onderzoeken binnen justitiële inrichtingen en forensische psychiatrische settings tonen aan dat vrouwelijke patiënten zowel meer internaliserende problemen als externaliserende gedragskenmerken vertonen dan mannelijke patiënten. Vrouwelijke forensische patiënten veroorzaken vaker ernstige geweldsincidenten, rapporteren een hogere lijdensdruk, meer symptomen van stemmingsstoornissen en vertonen vaker zelfbeschadigend en suïcidaal gedrag.⁹⁻¹² Gendersensitieve interventies, programma's gericht op regulatieproblemen en internaliserende problematiek voor vrouwelijke patiënten, hebben een positief effect op klachtenreductie en vermindering van externaliserende problematiek.^{13,14}

AUTEURS

Lotte Ottink, gz-psycholoog in opleiding tot specialist, Trajectum.

Paul van der Heijden, klinisch psycholoog en onderzoeker, Reinier van Arkel; bijzonder hoogleraar, Behavioural Science Institute, Radboud Universiteit, Nijmegen.

Teunis van den Hazel, klinisch psycholoog en psychotherapeut, Trajectum.

Monique Delforterie, onderzoeker, Trajectum.

Hanneke Janssen, klinisch psycholoog en psychotherapeut, Trajectum.

Robert Didden, onderzoeker, Trajectum; bijzonder hoogleraar, Behavioural Science Institute, Radboud Universiteit, Nijmegen.

Correspondentie

C.A.M. Ottink (lottink@trajectum.info).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 14-4-2024.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2024;66(6):301-307

Voor zover wij kunnen nagaan, is er tot heden geen onderzoek gedaan naar genderverschillen in persoonlijkheidskenmerken en psychische stoornissen bij mensen met zwakbegaafdheid. Mede om deze reden onderzoeken wij of er sprake is van genderspecifieke symptomen en persoonlijkheidskenmerken bij patiënten met zwakbegaafdheid.

In de klinische praktijk wordt de zelfrapportagevragenlijst *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-Restructured Form* (MMPI-2-RF) veel gebruikt om persoonlijkheidskenmerken en psychische stoornissen in kaart te brengen.⁵ Dit kan ook bij mensen met zwakbegaafdheid: uit een eerste onderzoek naar de toepasbaarheid van de MMPI-2-RF bij mensen met zwakbegaafdheid blijkt dat mensen met zwakbegaafdheid de MMPI-2-RF gemiddeld genomen consistent en betrouwbaar invullen.⁵

Wij verrichtten een nadere analyse met de (geherstructureerde) klinische schalen van de MMPI-2-RF bij deze doelgroep, waarbij we een antwoord zochten op de volgende drie vraagstellingen:

- Is er een verschil in symptomen en persoonlijkheidskenmerken tussen vrouwelijke en mannelijke patiënten met zwakbegaafdheid?
- Zijn dezelfde verschillen terug te vinden bij mensen met gemiddelde begaafdheid en bij gemiddeld begaafden met psychische stoornissen?
- Is er een verschil in symptomen en persoonlijkheidskenmerken bij vrouwen tussen de drie groepen en bij mannen tussen de drie groepen?

METHODE

Participanten en setting

Onze steekproef bestond uit 116 patiënten, 60 vrouwen en 56 mannen, die ten tijde van het onderzoek in behandeling waren bij Trajectum. De patiënten hadden allen

een Verbaal Begrip Index (VBI) tussen 70 en 85 (gemiddeld: 76,94; SD: 3,69). De gemiddelde leeftijd was 30,7 jaar (SD: 9,5; uitersten: 18-58).

Trajectum biedt ambulante, poliklinische en klinische behandeling in het noorden en oosten van Nederland aan volwassenen met een lichte verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid (IQ 50-85) en comorbide stoornissen en risicovol (delict)gedrag. Het zorgaanbod van Trajectum bevindt zich op het snijvlak van verstandelijk gehandicaptenzorg, ggz en forensische zorg. De meest voorkomende comorbide stoornissen bij patiënten in behandeling bij Trajectum zijn stoornissen in het gebruik van middelen (60%), persoonlijkheidsstoornissen (53%) en psychotische stoornissen (23%).¹⁵

Van de 116 patiënten waren er 97 in ambulante behandeling en 19 in klinische behandeling; 37 hadden een forensische maatregel. De aanleiding voor verwijzing naar specialistische behandeling was: emotieregulatieproblematiek (n = 38), internaliserende problematiek (n = 30), agressie (n = 22), overig antisociaal gedrag (n = 19) en seksueel grensoverschrijdend gedrag (n = 7).

De patiënten met zwakbegaafdheid werden op leeftijd en geslacht gematcht aan:

- a. personen uit de MMPI-2-RF-normgroep met een gemiddelde begaafdheid (ten minste mbo-opleidingsniveau; n = 116) zoals beschikbaar gesteld door PEN Test Publishers te Nijmegen en
 - b. personen met een gemiddelde begaafdheid en psychische stoornissen, die in behandeling waren bij Vincent van Gogh, instelling voor specialistische ggz (n = 116).
- Omdat matchen op leeftijd tussen de groepen patiënten met zwakbegaafdheid en gemiddeld begaafde patiënten met psychische stoornissen niet een-op-een lukte, kozen we voor de leeftijd die het meest in de buurt lag. Uit een variantieanalyse bleek dat het verschil in leeftijdspreiding naar boven significant was (gemiddeld: 34,5; SD: 12,4) voor patiënten met een gemiddelde begaafdheid en psychische stoornissen ($F(2, 348) = 4,509$; $p = 0,012$;

$\eta^2 = 0,029$). In de analyses corrigeerden we niet voor dit verschil, omdat het verschil weliswaar significant, maar klein was. We verwachtten dat dit verschil geen invloed zou hebben op de uitkomsten.

Procedure

De data bij patiënten met zwakbegaafdheid werden verzameld tussen 2011 en 2021. Verzamelde data tussen 2011 en 2016 ($n = 76$) werden anoniem verwerkt in een databestand met MMPI-2-protocollen. De data ($n = 40$) uit de periode 2017-2021 werden verzameld met informed consent van patiënten en/of hun wettelijk vertegenwoordiger. Alle patiënten werden gezien in het kader van psychodiagnostisch onderzoek. De MMPI-2 werd ingevuld door patiënten in een voor diagnostisch onderzoek geschikte ruimte en in bijzijn van gekwalificeerde diagnostici. Met de antwoorden op het MMPI-2-vragenboekje berekenden we vervolgens MMPI-2-RF-schalen.¹⁶ MMPI-2-RF-data over de vergelijkingsgroepen – te weten personen met een gemiddelde begaafdheid uit de algemene bevolking en de groep gemiddeld begaafde patiënten met psychische stoornissen – werden in 2012 verzameld door Center Data. De groepen waaruit de matching werd gedaan, bestonden uit 2150 respondenten, 1121 mannen en 1029 vrouwen.¹⁶

De MMPI-2-RF

De MMPI-2-RF is een zelfrapportagelijst om persoonlijkheidskenmerken (kenmerkende symptomen en gedragingen), interpersoonlijk functioneren en psychische stoornissen in beeld te brengen. De MMPI-2-RF is ontwikkeld op basis van de MMPI-2 en bevat 338 items (een selectie van de meest betrouwbare en valide items uit de 567 items van de MMPI-2), 8 validiteitsschalen en 42 inhoudelijke schalen.^{17,18} De MMPI-2-RF biedt de mogelijkheid voor een hiërarchische interpretatie op 3 niveaus: hogere-ordeschalen die brede spectra van psychische stoornissen representeren, geherstructureerde klinische schalen (RC-schalen), die wat smallere subfactoren representeren, en schalen voor specifieke problemen. De PSY-5-schalen brengen maladaptieve persoonlijkheidstrekken in kaart.

In dit artikel bespreken we enkel de resultaten op de RC-schalen, omdat deze specifiek en daarmee informatiever zijn dan de hogere-ordeschalen. De RC-schalen zijn voldoende betrouwbaar. Gezien de grootte van de steekproef hadden we voldoende power om de RC-schalen te gebruiken. Een poweranalyse voor t-toetsen met de huidige steekproefgrootte (60 vrouwen en 56 mannen) gaf weer dat dit onderzoek 80% power had om een effectsize van $E = S * E/S = 0,644$ vast te stellen. Een poweranalyse voor ANOVA met de huidige steekproefgrootte (3 groepen van $n = 116$) gaf weer dat dit onderzoek 80% power had om een effectsize van $E = S * E/S = 0,425$ vast te stellen.¹⁶ De hoogte van de score op de RC-schalen geeft de mate weer waarin de patiënt rapporteert over de ervaren psychologische, cognitieve en somatische symptomen en persoonlijkheidskenmerken.

De geherstructureerde klinische schalen (RC-schalen)

De RC-schalen sluiten goed aan bij hedendaagse dimensionale classificatiesystemen van psychische stoornissen.¹⁹ De inhoudelijke betekenis lichten we kort toe in **tabel 1**.

Tabel 1. RC-schalen en hun inhoudelijke betekenis

RC-schaal	Inhoudelijke betekenis
Demoralisatie	Gevoelens van ongeluk, ontevredenheid, incompetentie, hulpeloosheid, suicidale ideatie (versus veerkracht en tevredenheid). Hogere scores hangen samen met meer psychische problemen. ¹⁸
Somatische klachten	Somatische klachten versus gevoelens van lichamelijk welbevinden, maar ook ongelofwaardige klachten.
Lage positieve emoties	Gevoelens van depressie, het afwezig zijn van positieve emoties versus gevoelens van psychisch welbevinden en positieve ervaringen, vertrouwen en energie.
Cynisme	Een negatieve kijk op anderen versus anderen zien als van goede wil en betrouwbaar.
Antisociaal gedrag	Antisociaal, agressief, impulsief en regel-overtredend gedrag versus het niet of nauwelijks vertonen van acting-outgedrag en het beschikken over zelfcontrole.
Betrekkingsideeën	Ideeën gevolgd te worden, wantrouwend en externaliserend zijn versus anderen met een positieve verwachting tegemoet treden.
Disfunctionele negatieve emoties	Het kennen van (veel) negatieve emoties als angst, woede en vrees en daaruit voortvloeiende stoornissen (angstgerelateerde stoornissen), intrusies, gevoeligheid voor spanningen, in sterke mate zelfkritisch zijn.
Afwijkende ervaringen	Ongewone gedachten, ervaringen, desorganisatie en verwardheid, waarbij de realiteitstoetsing is verstoord. Vaak samenhangend met psychotische symptomen, of met middelenmisbruik.
Hypomane activering	Beschikken over overmatige energie, rusteloosheid, gedachtevluchten, een onrealistisch goed humeur, een verhoogde zelfwaardering, prikkelhonger en thrill-seeking versus een laag energieniveau, inactiviteit en een beperkte betrokkenheid op de omgeving.

Statistische analyses

Alle data werden geanalyseerd met SPSS Statistics 26 voor Windows. We vergeleken de ruwe scores op de RC-schalen tussen vrouwelijke en mannelijke patiënten met zwakbegaafdheid door middel van t-toetsen. De effectgroottes berekenden we met Cohens d , waarbij de afkapwaardes waren: klein: 0,2; middelgroot: 0,5; groot: 0,8.²¹ Vervolgens vergeleken we verschillen tussen vrouwelijke en mannelijke patiënten over de groep met zwakbegaafdheid, gemiddeld begaafde patiënten met psychische stoornissen en de normgroep met variantieanalyses (ANOVA's) met interactie-effecten en post-hoc tests met bonferronicorrectie ($p = 0,006$). Ten slotte vergeleken we de ruwe scores op de RC-schalen van vrouwelijke patiënten met zwakbegaafdheid met die van de gematchte groepen van vrouwen en de ruwe scores van mannelijke patiënten met zwakbegaafdheid met die van de gematchte groepen van mannen met ANOVA's. Om te corrigeren voor multipel vergelijkingen legden we het significantieniveau bij $p < 0,01$. Er was voldaan aan de assumpties voor het uitvoeren van de t-toetsen en de ANOVA's.

RESULTATEN

Verschillen op RC-schalen tussen vrouwelijke en mannelijke patiënten met zwakbegaafdheid

De gemiddelde ruwe scores op de RC-schalen van vrouwelijke en mannelijke patiënten met zwakbegaafdheid geven we weer in **tabel 2**. Uit de t-toetsen bleek, zichtbaar gemaakt met donkerblauwe en lichtblauwe lijnen in **figuur 1**, dat vrouwelijke patiënten met zwakbegaafdheid op vier RC-schalen – te weten demoralisatie, somatische klachten, disfunctionele negatieve emoties en afwijkende ervaringen – significant meer symptomen en persoonlijkheidskenmerken rapporteerden dan mannelijke patiënten met zwakbegaafdheid. Zoals **tabel 2** laat zien, waren de effectgroottes voor de RC-schalen somatische klachten en disfunctionele negatieve emoties groot, voor demoralisatie middelgroot en voor afwijkende ervaringen klein.²¹

Verschillen op RC-schalen tussen vrouwen en mannen over drie groepen

Om te bepalen of er significante verschillen waren in gemiddelden op de RC-schalen tussen vrouwen en mannen over de drie groepen werd een reeks ANOVA's uitgevoerd. We vonden een interactie-effect op de RC-schaal somatische klachten ($F(2, 348) = 6,12$; $p = 0,002$; partiële $\eta^2 = 0,035$). Zowel in de groep zwakbegaafden als in de groep gemiddeld begaafden met psychische stoornissen scoor-

den vrouwen hoger dan mannen ($p = 0,007$). Dit verschil was niet aanwezig in de normgroep ($p = 0,169$). Tevens vonden we een interactie-effect op de RC-schaal disfunctionele negatieve emoties ($F(2, 348) = 6,32$; $p = 0,002$; partiële $\eta^2 = 0,036$), waarbij in de groep zwakbegaafden wederom vrouwen hoger scoorden dan mannen. Dit verschil was niet aanwezig binnen de andere groepen ($p = 0,231$ voor de normgroep en $p = 0,211$ voor de gemiddeld begaafden met psychische stoornissen).

Verschillen op RC-schalen binnen vrouwen en mannen tussen drie groepen

De gemiddelde ruwe scores op de RC-schalen van vrouwen en mannen van de drie groepen worden weergegeven in **figuur 1** en **tabel 3**. Op de RC-schalen antisociaal gedrag en afwijkende ervaringen scoorden vrouwelijke patiënten met zwakbegaafdheid hoger dan vrouwen uit de andere groepen. Op de RC-schaal cynisme scoorden vrouwelijke patiënten met zwakbegaafdheid hoger dan vrouwen met een gemiddelde begaafdheid en psychische stoornissen, maar niet hoger dan vrouwen uit de normgroep. Op de RC-schalen demoralisatie, somatische klachten, lage positieve emoties, betrekkingsideeën

Figuur 1. Grafische weergave van de gemiddelde scores van vrouwen en mannen op de RC-schalen van de MMPI-2-RF

Tabel 2. Gemiddelde scores, t- en p-waarden voor de RC-schalen bij vrouwen en mannen met zwakbegaafdheid

RC-schalen	Vrouw M (SD)	Man M (SD)	t	df	p	d
Demoralisatie	15,5 (8,98)	9,9 (7,13)	3,76	111,21	0,000**	0,70
Somatische klachten	13,5 (9,73)	7,0 (5,28)	4,52	92,29	0,000**	0,83
Lage positieve emoties	9,3 (8,00)	7,5 (3,68)	1,61	84,19	0,112	0,29
Cynisme	9,2 (9,04)	7,1 (3,86)	1,64	80,93	0,105	0,30
Antisociaal gedrag	10,1 (5,82)	9,6 (4,09)	0,51	106,09	0,611	0,10
Betrekkingsideeën	6,2 (9,94)	3,7 (3,33)	1,87	72,92	0,066	0,34
Disfunctionele negatieve emoties	13,8 (9,66)	7,5 (5,57)	4,34	95,49	0,000**	0,80
Afwijkende ervaringen	7,6 (8,58)	4,3 (4,01)	2,68	84,87	0,009*	0,49
Hypomane activering	12,2 (9,72)	12,2 (5,54)	0,02	94,92	0,988	0,00

*p < 0,01; **p < 0,001

Tabel 3. De gemiddelde ruwe scores van vrouwen en mannen op de RC-schalen van de MMPI-2-RF

	Zwakbegaafde patiënten		Normgroep		Gemiddeld begaafde patiënten	
	Vrouw M (SD)	Man M (SD)	Vrouw M (SD)	Man M (SD)	Vrouw M (SD)	Man M (SD)
Demoralisatie	15,5 (8,98)*	9,9 (7,13)*	4,7 (5,21)	3,2 (3,79)	15,5 (5,69)	13,3 (7,13)
Somatische klachten	13,5 (9,73)*	7,0 (5,28)*	4,9 (3,22)	3,4 (2,64)	10,6 (5,16)	7,7 (4,96)
Lage positieve emoties	9,3 (8,00)*	7,5 (3,68)*	4,9 (3,07)	3,9 (2,49)	9,9 (3,30)	9,1 (3,85)
Cynisme	9,2 (9,04)**	7,1 (3,86)	6,6 (2,97)	7,5 (3,46)	5,5 (3,28)	6,8 (3,64)
Antisociaal gedrag	10,1 (5,82)***	9,6 (4,09)*	3,0 (2,57)	3,3 (2,80)	4,8 (4,01)	7,5 (5,06)
Betrekkingsideeën	6,2 (9,94)*	3,7 (3,33)*	1,8 (1,47)	1,6 (1,48)	3,0 (3,44)	3,1 (2,48)
Disfunctionele negatieve emoties	13,8 (9,66)*	7,5 (5,57)	6,0 (3,97)	4,7 (3,95)	10,7 (5,35)	9,3 (5,95)
Afwijkende ervaringen	7,6 (8,58)***	4,3 (4,01)*	2,3 (2,74)	1,9 (1,81)	4,2 (3,64)	4,3 (3,70)
Hypomane activering	12,2 (9,72)	12,2 (5,54)	9,2 (4,26)	11,0 (5,04)	8,5 (5,52)	11,5 (6,54)

*Gemiddelde ruwe score significant hoger dan de normgroep.

**Gemiddelde ruwe score significant hoger dan de gemiddeld begaafden met psychische stoornissen.

en disfunctionele negatieve emoties scoorden vrouwelijke patiënten met zwakbegaafdheid hoger dan vrouwen uit de normgroep, maar niet hoger dan vrouwen met een gemiddelde begaafdheid en psychische stoornissen. Op de RC-schalen demoralisatie, somatische klachten, lage positieve emoties, antisociaal gedrag, betrekkingsideeën en afwijkende ervaringen scoorden mannelijke patiënten met zwakbegaafdheid hoger dan mannen uit de normgroep. We vonden geen significante verschillen op de RC-schalen tussen mannelijke patiënten met zwakbegaafdheid en gemiddeld begaafde mannen met psychische stoornissen.

DISCUSSIE

Verschillen tussen vrouwelijke en mannelijke patiënten

In deze verkennende studie onderzochten we of er verschillen zijn in symptomen en persoonlijkheidskenmerken tussen vrouwen en mannen met zwakbegaafdheid en psychische stoornissen binnen een gespecialiseerde instelling voor behandeling van volwassenen met een licht verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid met risicovol (delict)gedrag. Het bleek dat zwakbegaafde

vrouwelijke patiënten significant meer symptomen en persoonlijkheidskenmerken rapporteren op RC-schalen die internaliserende en emotionele problemen representeren dan mannelijke patiënten. Uit een vergelijking binnen de normgroep en de groep gemiddeld begaafden met psychische stoornissen kwam naar voren dat het verschil in somatische klachten en disfunctionele negatieve emoties groter is tussen vrouwen en mannen met zwakbegaafdheid dan binnen een van de beide of beide andere groepen. Onderzoek naar verschillen in symptomen en persoonlijkheidskenmerken tussen vrouwelijke patiënten met zwakbegaafdheid, de normgroep en de groep gemiddeld begaafde vrouwen met psychische stoornissen laat zien dat vrouwelijke patiënten met zwakbegaafdheid significant hogere scores hebben op RC-schalen die externaliserende problemen en denkstoornissen meten. We vonden geen verschillen in symptomen en persoonlijkheidskenmerken tussen mannelijke patiënten met zwakbegaafdheid en gemiddeld begaafde mannen met psychische stoornissen. Zoals verwacht rapporteren vrouwen en mannen met zwakbegaafdheid en psychische stoornissen op bijna alle RC-schalen significant meer symptomen en persoonlijkheidskenmerken dan de normgroepen. Verschillen tussen vrouwelijke en mannelijke patiënten met zwakbegaafdheid werden gevonden op de RC-schalen demoralisatie, somatische klachten, disfunctionele negatieve emoties en afwijkende ervaringen. Vrouwelijke patiënten met zwakbegaafdheid rapporteerden meer gevoelens van ontevredenheid, incompetentie, hulpeloosheid en suïcidale ideaties, meer lichamelijke klachten en meer desorganisatie in denken in vergelijking met mannelijke patiënten.

Verklaring voor ernstiger internaliserende emotionele problemen bij vrouwelijke patiënten

Een verklaring voor de ernstiger internaliserende emotionele problemen bij vrouwelijke patiënten in vergelijking met mannelijke patiënten met zwakbegaafdheid kan gelegen zijn in het feit dat victimisatie vaker voorkomt bij vrouwen. Een recent onderzoek in de forensische psychiatrie liet zien dat vrouwen met zwakbegaafdheid vaker het slachtoffer zijn van seksueel misbruik in de kindertijd dan een gematchte groep mannen met zwakbegaafdheid. Voorts bleek de prevalentie van victimisatie op volwassen leeftijd bij vrouwen in deze groep meer dan drie keer hoger te zijn dan bij mannen.²² Ook blijkt dat vrouwen met zwakbegaafdheid in vergelijking met gemiddeld begaafde vrouwen met psychische problemen en mannen met zwakbegaafdheid sneller in aanraking komen met verslaving en seksuele uitbuiting, die gelden als risicofactoren voor victimisatie en psychische stoornissen.^{23,24} Op basis van deze en andere studies kunnen we vaststellen dat victimisatie en traumatisering veel voorkomen bij vrouwen met zwakbegaafdheid, hetgeen een mogelijke verklaring vormt voor de ernstigere problematiek (met name internaliserende problemen en dissociatieve klachten, deels gerepresenteerd in RC-8)

en grotere genderverschillen binnen de groep zwakbegaafden in vergelijking met de andere groepen. Vrouwelijke patiënten met zwakbegaafdheid rapporteerden in dezelfde ernstige mate internaliserende symptomen en persoonlijkheidskenmerken als gemiddeld begaafde vrouwen met psychische stoornissen. Een significant verschil werd gevonden in externaliserende persoonlijkheidskenmerken als antisociaal, agressief, impulsief en regelovertrekend gedrag. Bij mensen met zwakbegaafdheid komen externaliserende persoonlijkheidskenmerken samenhangend met emotieregulatieproblemen vaak voor.²⁵ Het risico op agressief gedrag is verhoogd bij tekorten in sociale en adaptieve vaardigheden, tekorten in probleemoplossend gedrag en cognitieve vertekeningen bij mensen met zwakbegaafdheid.²⁶ Risicofactoren als beperkingen in het intellectueel functioneren, sociaal aanpassingsvermogen en probleemoplossende vaardigheden komen vaker voor bij vrouwelijke patiënten met zwakbegaafdheid dan bij gemiddeld begaafde vrouwen en vergroten daarmee het risico op problemen in de sociaal-maatschappelijke context. Vrouwelijke patiënten met zwakbegaafdheid bevinden zich vaker in ongunstige gezins-, relationele en maatschappelijke omstandigheden dan gemiddeld begaafde vrouwen.²⁷ Het eerder aangehaalde onderzoek in de forensische psychiatrie toonde aan dat vrouwen met zwakbegaafdheid een hogere prevalentie van victimisatie vertonen, zowel tijdens de kindertijd als in de volwassenheid, en ernstigere psychische problematiek hebben in vergelijking met een gematchte normgroep.²² Herhaaldelijke traumatische ervaringen in zowel kindertijd als volwassenheid, en met name interpersoonlijk geweld als seksueel misbruik en lichamelijke mishandeling, leiden veelal tot problemen op het gebied van emotieregulatie, aandacht en concentratieproblemen (inclusief bewustzijnsschommelingen), vertrouwen en functioneren in relaties.²⁸ Dit kan mogelijk verklaren dat vrouwelijke patiënten met zwakbegaafdheid meer wantrouwen, ongewone gedachten en ervaringen en desorganisatie in denken rapporteren dan gemiddeld begaafde vrouwen met psychische stoornissen. Het huidige onderzoek biedt nieuwe inzichten in persoonlijkheidskenmerken van patiënten met zwakbegaafdheid. Deze inzichten bieden waardevolle implicaties die direct toepasbaar zijn in de klinische praktijk.

Beperkingen

Dit onderzoek heeft enkele beperkingen die de interpretatie en generaliseerbaarheid van de bevindingen kunnen beïnvloeden.

Allereerst betreft dit een relatief beperkte steekproefomvang, waardoor voorzichtigheid geboden is bij het generaliseren van de bevindingen.

Ten tweede is de steekproef een selecte groep deelnemers, allen in behandeling bij Trajectum. De specifieke zorgcontext van Trajectum maakt bevindingen waarschijnlijk niet volledig vergelijkbaar met de reguliere specialistische ggz.

Ten derde ontbreken gegevens over de ernstmaat en psychische stoornissen binnen de groep gemiddeld begaafden met psychische stoornissen. Hoewel de groepen gematcht waren op leeftijd en geslacht waren zij niet gematcht op aard en ernst van psychische stoornissen. Het is niet duidelijk of de gevonden overeenkomsten en verschillen tussen de groepen (mede) te verklaren zijn vanuit verschillen in de aard en ernst van psychische stoornissen. Ook zijn er geen gegevens beschikbaar over psychische stoornissen binnen de normgroep, waardoor we er niet zonder meer vanuit kunnen gaan dat de normgroep géén mensen met psychische problemen bevat.

Ondanks deze beperkingen geeft dit onderzoek een eerste inzicht in verschillen (en overeenkomsten) in symptomen en persoonlijkheidskenmerken tussen patiënten met zwakbegaafdheid, gemiddeld begaafden en gemiddeld begaafden met psychische stoornissen.

CONCLUSIE

Relevante verschillen tussen vrouwen en mannen met zwakbegaafdheid en psychische stoornissen, met name wat betreft internaliserende emotionele problemen, benadrukken het belang van gendersensitieve diagnostiek bij patiënten met zwakbegaafdheid. De relatie tussen victimisatie, traumatisering en ernstige internaliserende symptomen als ook externaliserende persoonlijkheidskenmerken bij vrouwelijke patiënten met zwakbegaafdheid behoeft speciale aandacht in de diagnostiek en behandeling van deze vrouwen (maar ook van mannen).

Uit de resultaten van het onderzoek blijkt de MMPI-2-RF van waarde als onderdeel van de startdiagnostiek bij behandeling. Op de eerste plaats om meer dimensioneel in plaats van classificierend te kijken naar psychische stoornissen en persoonlijkheidskenmerken bij mensen met zwakbegaafdheid. De uitkomsten kunnen helpen bij de indicatiestelling voor behandeling en begeleiding. Daarnaast biedt ze ondersteuning in de hypothesetoetsing over de onderliggende en comorbide factoren van gedragsproblemen bij patiënten met zwakbegaafdheid.

LITERATUUR

- 1 Woittiez I, Eggink E, Ras M. Achtergrond document bij 'Het aantal mensen met een licht verstandelijke beperking: een schatting'. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2019.
- 2 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5-TR. Arlington: American Psychiatric Association; 2022.
- 3 Jonker F, de Looft P, van Erp S, e.a. The adaptive ability performance test (ADAPT): A factor analytic study in clients with intellectual disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil* 2023; 36: 3-12.
- 4 Lindsay W, Chester V, Alexander R. The assessment and treatment of personality disorders in people with intellectual and developmental disabilities. In: Bhaumik S, Alexander R, red. *Oxford Textbook of the psychiatry of intellectual disability*. Oxford: Oxford University Press; 2020. p. 1-68.
- 5 Janssen H, van den Hazel T, Delforterie M, e.a. Toepasbaarheid van de MMPI-2-RF bij patiënten met zwakbegaafdheid. *Tijdschr Psychiatr* 2022; 64: 650-6.
- 6 Haan de AD, Prinzie P, Dekovic M. Change and reciprocity in adolescent aggressive and rule-breaking behaviors and parental support and dysfunctional discipline. *Dev Psychopathol* 2012; 24: 301-15.
- 7 Didden R, Troost P, Moonen X. Inleiding. In: Didden R, Troost P, Moonen X, red. *Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking*. Utrecht: de Tijdstroom; 2016. p. 14-22.
- 8 Hellenbach M, Karatzias T, Brown M. Intellectual disabilities among prisoners: prevalence and mental and physical health comorbidities. *J Appl Res Intellect Disabil* 2016; 30: 230-41.
- 9 Livanou M, Furtado V, Winsper C, e.a. Prevalence of mental disorders and symptoms among incarcerated youth: a meta-analysis of 30 studies. *Int J Forensic Ment Health* 2019; 18: 400-14.
- 10 Vogel de V, Stam J, Bouman Y, e.a. Gewelddadige vrouwen: een multicenter onderzoek naar kenmerken van vrouwelijke forensisch psychiatrische patiënten. *Tijdschr Psychiatr* 2014; 56: 439-47.
- 11 Vogel de V, Stam J, Bouwman Y, e.a. Violent women: A multicenter study into gender differences in forensic psychiatric patients. *J Forens Psychiatry Psychol* 2016; 27: 145-68.
- 12 Vogel de V, de Bruijn M, Klein Haneveld E, e.a. Behandelen van vrouwen in de klinische forensische zorg. Een handreiking. Utrecht: Kwaliteit Forensische Zorg; 2023.
- 13 Anderson VR, Walerych BM, Campbell NA, e.a. Gender-responsive intervention for female juvenile offenders: a quasi-experimental outcome evaluation. *Fem Criminol* 2019; 14: 24-44.
- 14 Mak VWM, Ho SMY, Kwong RWY, e.a. A gender-responsive treatment facility in correctional services: the development of psychological gymnasium for women offenders. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2018; 62: 1062-79.
- 15 Turhan A, Delforterie M, Roest J. Relationships between dynamic risk factors for externalising problem behaviour and group climate in adults with mild intellectual disability in forensic treatment. *J Appl Res Intellect Disabil* 2023; 36: 641-52.
- 16 Heijden van der P, Derksen J, Egger J, e.a. Nederlands-Vlaamse vertaling en bewerking. MMPI-2-RF: handleiding voor afname, scoring en interpretatie. Nijmegen: PEN Psychodiagnostics; 2017.
- 17 Heijden van der P, Egger J, Derksen J. De MMPI-2-Restructured Form: een nieuwe standaard in de psychologische diagnostiek? *GZ-Psychologie* 2009; 1: 12-8.
- 18 Tellegen A, Ben-Porath YS. MMPI-2-RF Technical Manual. Minneapolis: University of Minnesota Press; 2008.
- 19 Sellbom M. The MMPI-2-Restructured Form (MMPI-2-RF): Assessment of personality and psychopathology in the twenty-first century. *Ann Rev Clin Psychology* 2019; 15: 149-77.
- 20 Conor MJ, Walton JA. Demoralization and remoralization: a review of these constructs in the healthcare literature. *Nurs Inq* 2011; 18: 2-11.
- 21 Rice ME, Harris GT. Comparing effect sizes in follow-up studies: ROC area, Cohen's d, and r. *Law Hum Behav* 2005; 29: 615-20.
- 22 Vogel de V, Didden R. Victimization history in female forensic psychiatric patients with intellectual disabilities: Results from a Dutch multicenter comparative study. *Res Dev Disabil* 2022; 122: 104179.
- 23 Jong M, Hogeveen B, de Vogel V. Voorgeschiedenis en victimisatie bij vrouwen met een lichte verstandelijke beperking (LVB): Een vergelijking met vrouwen zonder een LVB en mannen met een LVB. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan Verstandelijk Gehandicapten* 2014; 40: 305-22.
- 24 Vogel de V, de Vries Robbé M, van Kalmthout W. Female additional Manual (FAM). Aanvullende richtlijnen bij de HCR-20 voor het inschatten van gewelddadig gedrag bij vrouwen. Utrecht: Van der Hoeven Stichting; 2011.

De overige literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.