

Antisociale
Persoonlijkheidsstoornis bij
Adolescenten

Kirsten Burnet (271578)

23 Augustus 2006

Begeleidster: Marleen Nagtegaal

Erasmus Universiteit Rotterdam

Dankwoord

Allereerst wil ik mijn begeleidster van de Erasmus Universiteit Rotterdam, drs. M. Nagtegaal, bedanken voor haar goede begeleiding en opbouwende commentaar. Verder wil ik graag dr. S. Bouwmeester en dr. M. van Onna van de Erasmus Universiteit Rotterdam bedanken voor hun hulp bij het uitvoeren van de statistische analyses. Tenslotte gaat mijn dank uit naar mijn begeleidster drs. E. Nederlof van de stage-instelling. Ik wil haar bedanken voor de goede begeleiding, hulp en steun tijdens en na het uitvoeren van het onderzoek.

Inhoud

ABSTRACT	4
INTRODUCTIE	5
METHODE	12
<i>PROEFPERSONEN</i>	12
<i>MEETINSTRUMENTEN</i>	122
<i>PROCEDURE</i>	16
<i>STATISTISCHE ANALYSES</i>	16
RESULTATEN	17
<i>ALGEMENE BEVINDINGEN</i>	17
<i>ANTISOCIALE PERSOONLIJKHEIDSPROBLEMATIEK EN DE NORMALE PERSOONLIJKHEID</i>	18
<i>ANTISOCIALE PERSOONLIJKHEIDSSTOORNIS EN TRAUMA'S</i>	20
<i>ANTISOCIALE PERSOONLIJKHEIDSSTOORNIS EN COMORBIDITEIT</i>	20
<i>VERBAND TUSSEN DE VERSCHILLENDE VARIABELEN</i>	21
DISCUSSIE	22
REFERENTIELIJST	29

Abstract

Met het onderhavige onderzoek wordt geprobeerd beter inzicht te krijgen in de diagnostiek van de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis bij adolescenten. Bij het onderzoek werden de gegevens van 37 adolescente jongens van 13 tot en met 20 jaar betrokken die in een forensische opvang zaten. In de resultaten kwam naar voren dat verschillende aspecten van de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis samenhangen met de dimensies van de normale persoonlijkheid. Verder was er een verband tussen enerzijds de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis en anderzijds trauma's, gedragsstoornissen, as I en as II stoornissen en persoonlijkheidsproblematiek. Tenslotte is in het onderzoek niet duidelijk geworden of de categoriale indeling of de dimensionele indeling van psychische stoornissen een betere benadering is van de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis bij adolescenten.

Introductie

Binnen de medische wetenschappen bestaat reeds lange tijd de behoefte aan het classificeren van psychische stoornissen. Een dergelijke classificatie maakt het onder andere eenvoudiger om onderling, tussen professionals, te communiceren over de verschillende stoornissen, om een diagnose te kunnen stellen en om wetenschappelijk onderzoek te doen. De Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) geeft een classificatie van psychische stoornissen weer in een aantal categorieën (APA, 2000). De DSM is een voorbeeld van de categoriale benadering. Met deze benadering neemt men dichotome beslissingen, een persoon wordt wel of niet met een psychische stoornis gediagnosticeerd (Kessler, 2002). Wanneer klinici stoornissen classificeren op basis van de DSM maken zij gebruik van het assenstelsel van de DSM. Op as I worden de klinische stoornissen geclassificeerd en op as II de persoonlijkheidsstoornissen en mentale retardatie. Op as III, IV en V worden respectievelijk de algemene medische condities, psychosociale en omgevingsproblemen en het algemeen functioneren geclassificeerd (APA, 2000).

Onder de verschillende typen stoornissen die in de DSM worden onderscheiden, vallen de persoonlijkheidsstoornissen. Een persoonlijkheidsstoornis is een duurzaam patroon van innerlijke ervaringen en gedrag dat duidelijk anders is dan wordt verwacht vanuit de cultuur. Het is pervasief, inflexibel en stabiel over tijd. De stoornissen ontstaan in de adolescentie of in de vroege volwassenheid en veroorzaken lijden en beperkingen (APA, 2000).

In de DSM-IV worden tien persoonlijkheidsstoornissen onderscheiden, waaronder de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis. Het belangrijkste kenmerk van deze stoornis is een patroon van onverschilligheid voor en overtreding van de rechten van personen. Dit patroon ontstaat in de kindertijd of in de adolescentie en gaat door tot in de volwassenheid. Om de diagnose Antisociale persoonlijkheidsstoornis te krijgen, moeten minstens drie van de volgende zeven punten zich voordoen: (1) het falen te conformeren naar sociale normen met respect voor legale gedragingen, geïndiceerd door herhaaldelijke daden die kunnen leiden tot arrestatie; (2) onbetrouwbaarheid, dit wordt duidelijk door herhaaldelijk liegen, het gebruik van valse namen of het oplichten van anderen voor persoonlijk voordeel of plezier; (3) impulsiviteit of het falen om vooruit te plannen; (4) irriteerbaarheid en agressiviteit, dit wordt duidelijk door herhaaldelijke fysieke gevechten of aanvallen; (5)

roekeloosheid zonder acht te slaan op veiligheid voor zichzelf of anderen; (6) consistente onverantwoordelijkheid, geïndiceerd door herhaaldelijk falen om werk te behouden of zich aan financiële verplichtingen te houden; (7) het ontbreken van spijtgevoelens, dit wordt duidelijk door onverschilligheid voor of het rationaliseren van het pijn doen, slecht behandelen of stelen van anderen. De diagnose van deze stoornis kan bij de leeftijd van 18 jaar worden gesteld. Verder moet er bewijs zijn voor de aanwezigheid van de Conduct Disorder voor het 15^e jaar. Het essentiële kenmerk van de Conduct Disorder is een herhalend en persisterend patroon van gedrag in welke de basisrechten van anderen of belangrijke leeftijdsadequate maatschappelijke normen of regels overtreden worden (APA, 2000).

Zo'n drie procent van de mannen en één procent van de vrouwen in de maatschappij voldoet aan de criteria van de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis. In de forensische setting ligt het percentage hoger, hier voldoet meer dan 30% van de mensen aan de criteria (APA, 2000). Mensen met de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis komen sneller in het criminele circuit omdat zij als kind en/of adolescent delinquent gedrag vertonen en dit voort blijven zetten (Farrington, 1990). Verder is de kans dat mensen met de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis crimineel gedrag vertonen hoger door de kenmerken die ten grondslag liggen aan deze persoonlijkheidsstoornis. Mensen met de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis vertonen meestal weinig empathie en ze zijn ongevoelig, cynisch en minachtend richting de gevoelens, de rechten en het lijden van andere mensen. Verder hebben ze veel zelfvertrouwen. Deze kenmerken verhogen alle de kans op antisociaal gedrag (APA, 2000).

De benoeming persoonlijkheidsstoornis suggereert dat mensen met deze stoornis een abnormale persoonlijkheid hebben. Uit onderzoek komt echter naar voren dat mensen met een persoonlijkheidsstoornis enkel een extreme positie innemen op dimensies van de normale persoonlijkheid (Schroeder, Wormworth, & Livesley, 1992). Mensen in de maatschappij die niet behandeld worden voor psychische stoornissen hebben een zogenoemde normale persoonlijkheid. De individuele verschillen in persoonlijkheid worden goed weergegeven door de Big Five (Costa & McCrae, 1992). Onder de Big Five vallen vijf dimensies waarop de persoonlijkheid ingedeeld kan worden, namelijk extraversie, neuroticisme, openheid naar ervaringen, nauwgezetheid en altruïsme. Deze dimensies worden onderzocht door instrumenten

als de Big Five Inventory (BFI; John, Donahue, & Kentle, 1991) en de NEO-Personality Inventory (NEO-PI; Costa & McCrae, 1985).

Mensen met een psychische stoornis (psychopathologie) hebben een zogenoemde abnormale persoonlijkheid, zoals bijvoorbeeld mensen met een persoonlijkheidsstoornis. In het onderzoek van Costa en McCrae (1992) komt naar voren dat dezelfde vijf dimensies ten grondslag liggen aan de persoonlijkheid van mensen met en mensen zonder een psychische stoornis. Verder suggereren de resultaten uit dit onderzoek dat mensen met psychopathologie een extremere score hebben op de vijf dimensies dan personen zonder psychopathologie. Mensen met een persoonlijkheidsstoornis verschillen dus eigenlijk niet zoveel van personen zonder deze stoornis.

Met de BFI en de NEO-PI kan de normale persoonlijkheid in kaart worden gebracht. Er is ook een zelfrapportage lijst waarmee dimensies van persoonlijkheidsproblematiek gemeten worden. Dit is de Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire (DAPP-BQ; Livesley, 1992). Deze vragenlijst onderzoekt vier dimensies van problematiek: emotionele disregulatie, antisociaal gedrag, geremdheid en compulsief gedrag. Personen die volgens de DAPP-BQ voldoen aan de criteria van antisociaal gedrag, scoren laag op de altruïsmeschaal (dimensie van interpersoonlijk gedrag) van de NEO-PI (Schroeder et al., 1992). Tevens komt in onderzoek naar voren dat mensen met antisociale kenmerken hoog scoren op de extraversieschaal (representeert sociaal zijn en het ervaren van positieve emoties) van de NEO-PI (Costa & McCrae, 1992).

Verder zijn er een aantal stoornissen comorbide (het tegelijkertijd voorkomen van twee of meer stoornissen of aandoeningen) aan de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis. Zo lijken mensen die sinds de adolescentie antisociale persoonlijkheidskenmerken vertonen meer kans te hebben om in hun leven in aanraking te komen met aanvallend trauma (aangevallen worden, aanranding). Een trauma is een psychische stoornis ontstaan door een schokkende ervaring, zoals lichamelijk, seksueel of geestelijk geweld. De persoonlijkheid kan misschien beïnvloed worden door de blootstelling aan trauma's (Jang, Stein, Taylor, Asmundson, & Livesley, 2003). In het onderzoek van MacMillan et al. (2001) komt naar voren dat blootstelling van een kind aan een trauma de kans verhoogt op de ontwikkeling van psychopathologie op latere leeftijd. Verder suggereren de resultaten uit de studie van Schwab-Stone et al. (1999) dat blootstelling aan een gewelddadig

trauma de kans verhoogt op externaliserende problemen (problemen met het reguleren van gedrag, zoals bij een gedragsstoornis).

Trauma's lijken tevens invloed te hebben op de ontwikkeling van persoonlijkheidsstoornissen. In het onderzoek van Bierer et al. (2003) kwam naar voren dat 78% van de 182 onderzochte patiënten met een persoonlijkheidsstoornis een vorm van trauma had. Met name seksueel misbruik en fysiek misbruik waren in dit onderzoek significante voorspellers voor het ontstaan van de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis op latere leeftijd.

Een andere comorbide stoornis van de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis is de Conduct Disorder (Lahey, Loeber, Burke, & Applegate, 2005). Ondanks dat deze stoornis een vereiste is voor het diagnosticeren van de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis, wordt het ook gezien als een stoornis die comorbide is aan de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis. Wanneer de Conduct Disorder in de kindertijd ontstaat, begint het met de Oppositioneel Deviante Stoornis. Het belangrijkste kenmerk van deze stoornis is een herhalend patroon van negatief, deviant, ongehoorzaam en vijandig gedrag gericht op autoriteitsfiguren, dat minstens zes maanden duurt (APA, 2000). Met het ouder worden verergert bij sommige kinderen het gedrag waardoor ze uiteindelijk aan de criteria van de Conduct Disorder voldoen (Holmes, Slaughter, & Kashani, 2001). De Oppositioneel Deviante Stoornis is een soort milde vorm van de Conduct Disorder. De Conduct Disorder verhoogt weer de kans op het ontwikkelen van de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis (Loeber, Lahey, & Thomas, 1991). Er is sprake van een indirect verband tussen de Oppositioneel Deviante Stoornis en de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis (Burke, Loeber, & Birmaher, 2002). Verder komt in onderzoek naar voren dat hoe meer antisociale kenmerken een kind heeft, hoe hoger de kans is dat het op latere leeftijd de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis ontwikkelt (Bagge & Trull, 2003).

Een andere groep stoornissen die comorbide is aan de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis is de groep angststoornissen. Voornamelijk de sociale fobie (persistente angst voor sociale of prestatiegerichte situaties in welke de persoon zich kan schamen) en de posttraumatische stressstoornis (ontwikkelt na blootstelling aan een extreme traumatische gebeurtenis) lijken comorbide te zijn aan de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis (Goodwin & Hamilton, 2003).

Daarnaast zijn stoornissen die gerelateerd zijn aan middelengebruik, voornamelijk afhankelijkheid en misbruik van alcohol en drugs, comorbide aan de

Antisociale Persoonlijkheidsstoornis (Moran, 1999; Trull, Waudby, & Sher, 2004). Naast bovenstaande as I stoornissen zijn er ook een aantal as II stoornissen comorbide aan de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis. Zo lijken personen met de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis soms ook te voldoen aan de criteria van de Borderline Persoonlijkheidsstoornis (Potter, 2004). Het essentiële kenmerk van de Borderline Persoonlijkheidsstoornis is een pervasief patroon van instabiliteit van interpersoonlijke relaties, zelfbeeld en affect en duidelijke impulsiviteit dat begint in de vroege volwassenheid en aanwezig is in een variëteit van contexten (APA, 2000). Tenslotte is de Narcistische Persoonlijkheidsstoornis misschien comorbide aan de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis (Holdwick, Hilsenroth, Castlebury, & Blais, 1998). Het belangrijkste kenmerk van de Narcistische Persoonlijkheidsstoornis is een pervasief patroon van grootheid, behoefte aan bewondering en weinig empathie dat begint in de vroege volwassenheid en aanwezig is in een variëteit van contexten (APA, 2000).

Hoge comorbiditeit vormt een belangrijk probleem van de categoriale benadering voor het classificeren van psychische stoornissen. Widiger en Samuel (2005) benoemen een aantal problemen van de categoriale benadering. Een probleem dat samenhangt met het probleem van de hoge comorbiditeit is het gebrek van de DSM aan duidelijke grenzen tussen de verschillende stoornissen (Widiger & Samuel, 2005). Zo is er bijvoorbeeld veel overlap tussen de verschillende persoonlijkheidsstoornissen (Potter, 2004). Dit gebrek kan het resultaat zijn van onderling overeenkomende persoonlijkheidskenmerken (Widiger & Samuel, 2005). Een ander punt dat door Widiger en Samuel (2005) wordt benoemd is dat klinici vaak gebruik maken van de restcategorie 'Niet anderszins omschreven' omdat de symptomen van patiënten vaak niet binnen een categorie vallen.

Tenslotte is er nog een specifiek probleem van de DSM bij het diagnosticeren van stoornissen bij adolescenten. In het onderzoek van Fergusson en Horwood (1995) komt naar voren dat jongeren die veel gedragsproblemen vertonen maar net niet voldoende criteria hebben om aan de diagnose 'gedragsstoornis' op basis van de DSM criteria te voldoen, in de categoriale benadering niet beschouwd worden als psychisch ziek. De adolescenten die slechts aan één criterium te weinig voldoen, hebben een verhoogde kans om alsnog een stoornis te ontwikkelen. Doordat de DSM enkel onderscheid maakt in het wel of niet hebben van een stoornis, wordt er geen rekening

mee gehouden dat deze jongeren toch een stoornis kunnen ontwikkelen en dus wel degelijk behandeling nodig hebben (Kraemer, Noda, & O'Hara, 2004).

“De problemen van de categoriale indeling suggereren dat een dimensioneel model van classificatie een meer valide beschrijving van psychopathologie geeft” (Widiger & Samuel, 2005, blz. 496). Bij de dimensionele benadering krijgt iedere persoon een score op een continue schaal (Kessler, 2002). Een persoon voldoet dus meer of minder aan een bepaald kenmerk of een bepaalde stoornis (Sadler, 1996). Een hogere score op de schaal wordt geassocieerd met een hogere kans dat een persoon een bepaalde stoornis heeft (Kraemer et al., 2004).

Een belangrijk voordeel van de dimensionele benadering is dat het gebaseerd is op empirische gegevens (gegevens verkregen uit onderzoek) en niet op historische klinische concepten, zoals de DSM (First, 2005). Verder vormen comorbiditeit en het gebrek aan duidelijke grenzen tussen de stoornissen geen probleem voor de dimensionele benadering (Widiger & Samuel, 2005).

De klinische bruikbaarheid van de dimensionele benadering is echter nog niet duidelijk (First, 2005). Wanneer de dimensionele benadering op grote schaal geïmplementeerd wordt, verdwijnt er een betekenisvol lexicon. “Het is gemakkelijker om tegen een collega te zeggen dat een cliënt de Borderline Persoonlijkheidsstoornis heeft dan om de cliënt in 30 kenmerken te beschrijven” (Widiger & Samuel, 2005, blz. 500). Daarnaast moeten klinici opnieuw getraind worden in het diagnosticeren volgens de dimensionele benadering en kost het meer tijd en moeite om een diagnose te stellen volgens deze benadering (First, 2005). Dit komt bijvoorbeeld naar voren in het vier-stappen model voor het diagnosticeren van persoonlijkheidsstoornissen van Widiger, Costa en McCrae (2002, in Widiger & Samuel, 2005). Hierbij wordt eerst een beschrijving opgesteld van de persoonlijkheidskenmerken van de cliënt, dan worden de beperkingen onderzocht die de cliënt ondervindt, vervolgens wordt gekeken of de beperkingen klinisch significant zijn en als laatste stap wordt de verkregen persoonsbeschrijving vergeleken met de vaste beschrijvingen van de stoornissen, zoals in de DSM.

Tenslotte is de klinische bruikbaarheid van de dimensionele benadering met betrekking tot het aanbieden van geprotocolleerde behandelingen nog niet duidelijk, dit in tegenstelling tot de DSM. Op basis van de DSM wordt een diagnose gesteld. Vervolgens kiest de clinicus de beste behandeling uit een reeks van mogelijke behandelingen die voor de stoornis beschikbaar zijn (First, 2005). Het moet nog

onderzocht worden of het aanbieden van deze geprotocolleerde behandelingen met de dimensionele benadering ook makkelijk gaat, maar Widiger en Samuel (2005) stellen dat de behandeling op basis van de dimensionele benadering juist specifiek gericht wordt op het individu.

Een ander punt is dat de implementatie van een dimensioneel systeem het verrichten van longitudinaal wetenschappelijk onderzoek moeilijker maakt. De onderzoeken zijn voor een gedeelte uitgevoerd met instrumenten die gebaseerd zijn op de categoriale benadering en moeten vervolgens voortgezet worden met instrumenten die gebaseerd zijn op de dimensionele benadering. Dit betekent dat er manieren gevonden moeten worden om deze instrumenten te kunnen vergelijken. Tevens moeten er nieuwe instrumenten worden ontwikkeld die gebaseerd zijn op de dimensionele benadering (First, 2005).

Samenvattend kan gesteld worden dat uit onderzoek naar voren komt dat dezelfde dimensies in persoonlijkheid gevonden kunnen worden bij mensen met en zonder psychopathologie. Verder zijn er veel stoornissen comorbide aan de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis. Hoge comorbiditeit en onduidelijke grenzen tussen de verschillende stoornissen zijn de twee belangrijkste problemen van de categoriale benadering. Deze problemen kunnen worden opgelost met behulp van de dimensionele benadering, maar hiervan is de klinische bruikbaarheid nog niet duidelijk.

Het doel van het onderhavige onderzoek is beter inzicht krijgen in de diagnostiek van één van de persoonlijkheidsstoornissen, de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis, bij adolescenten van 13 tot en met 20 jaar. Meer in het bijzonder worden de volgende vragen onderzocht. De eerste vraag is wat de relatie is tussen antisociale persoonlijkheidsproblematiek en dimensies van de normale persoonlijkheid. Uit onderzoek komt naar voren dat dezelfde vijf dimensies ten grondslag liggen aan de persoonlijkheid van mensen met en mensen zonder een psychische stoornis. Waarschijnlijk zal er dus tevens een relatie zijn tussen antisociale persoonlijkheidsproblematiek en de dimensies van de Big Five. De tweede vraag stelt wat het verband is tussen de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis en trauma's bij adolescenten. Uit voorgaande onderzoeken wordt verondersteld dat seksueel en fysiek misbruik het ontstaan van de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis voorspellen. Ten derde, het is belangrijk om te weten welke stoornissen comorbide zijn aan de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis. De verwachting is dat de Conduct Disorder,

angststoornissen, substantie gerelateerde stoornissen, de Borderline en Narcistische Persoonlijkheidsstoornis en antisociale persoonlijkheidsproblematiek comorbide zijn aan de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis. Tenslotte is de vierde vraag of jongeren met de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis adequater (duidelijker, specifieker) ingedeeld worden door een categoriale benadering of door een dimensionele benadering. De hypothese hierbij is dat adolescenten adequater zullen worden ingedeeld met de dimensionele benadering.

Methoden

Proefpersonen

Bij het onderzoek zijn 37 adolescenten jongens van 13 tot en met 20 jaar betrokken die in een forensische opvang zaten. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 16.19 jaar ($SD = 1.66$). Allen voldeden aan de criteria van de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis. De adolescenten waren in verband met een stafrechterlijke maatregel geplaatst in de opvang Rijksinrichting voor Jeugdigen de Hartelborgt, te Spijkenisse. Alle onderzochte jongeren waren veroordeeld voor misdrijven, welke uiteenliepen van diefstal en brandstichting tot verkrachting en moord. De straffen liepen uiteen van zes dagen hechtenis tot twee jaar gevangenisstraf. De deelnemers zijn geworven van 1 januari 2005 tot en met 31 mei 2006.

De inclusiecriteria voor het onderzoek waren van het mannelijk geslacht, aangemeld bij de forensische opvang, leeftijd van 12 tot en met 21 jaar en beheersing van de Nederlandse taal. Exclusiecriteria waren een diagnose autisme, een huidige psychotische episode, een vastgestelde neurologische aandoening en hersentrauma in de voorgeschiedenis. Gegevens met betrekking tot deze criteria werden gehaald uit psychologische onderzoeken die waren afgenomen bij de jongeren. Tevens werd iedere jongen gevraagd of hij wel eens bij een neuroloog was geweest of een keer een hersenschudding had gehad.

Meetinstrumenten

De *Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire* (DAPP-BQ; Livesley, 1992) is een instrument waarmee wordt onderzocht of een adolescent persoonlijkheidsgerelateerde problematiek heeft. De DAPP-BQ

onderzoekt vier dimensies van persoonlijkheid: emotionele disregulatie, antisociaal gedrag, geremdheid en compulsief gedrag. Onder deze vier dimensies vallen 18 persoonlijkheidskenmerken, zoals angstig, ongevoelig en intimiteitproblemen. De dimensie emotionele disregulatie bestaat uit 11 persoonlijkheidskenmerken, welke onderzocht worden met behulp van 16 items. Enkel de subschaal achterdochtig bestaat uit 14 items en de subschaal zelfverwonding bestaat uit 12 items. De schaal antisociaal gedrag valt uiteen in vier schalen, welke alle worden weergegeven door de score op 16 items. Verder vallen er twee subschalen onder de schaal geremdheid en één subschaal onder de schaal compulsiviteit. Deze drie subschalen bestaan alle uit 16 items.

De vragenlijst bestaat in totaal uit 290 vragen, waarvan de antwoorden worden gegeven op een vijf-puntsschaal: 'past helemaal bij mij', 'past meer wel dan niet bij mij', 'past een beetje bij mij', 'past meer niet dan wel bij mij' en 'past helemaal niet bij mij'. Wanneer het item persoonlijkheidsproblematiek weergeeft dan wordt de score vijf toegekend aan het antwoord 'past helemaal bij mij' en de score één aan het antwoord 'past helemaal niet bij mij'. Als het item geen persoonlijkheidsproblematiek weergeeft dan worden de items andersom gescoord. De minimale score die op deze vragenlijst behaald kan worden is 290 punten, de maximale score is 1450 punten. Een hoge score op de schalen duidt op persoonlijkheidsgerelateerde problematiek.

De originele DAPP-BQ is geschreven in de Engelse taal en werd ontwikkeld voor een volwassen populatie. De vragenlijst werd vertaald door Van Kampen (2002), die ook de factorstructuur van de test onderzocht. Hieruit kwam naar voren dat de dimensies 'emotionele disregulatie', 'antisociaal gedrag' en 'compulsiviteit' van de Nederlandse DAPP-BQ overeenkwamen met de schalen van de originele DAPP-BQ. De enige dimensie waarbij minder overeenkomst was tussen de Nederlandse en de originele vragenlijst was de dimensie 'geremdheid'. Echter, nieuw onderzoek van Van Kampen (2006) wijst uit dat alle hoofdschalen en subschalen van de Nederlandse DAPP-BQ voldoende overeenkomen met de schalen van de originele DAPP-BQ. Verder kwam in het onderzoek van Van Kampen (2002, 2006) naar voren dat de betrouwbaarheid van de schalen van de Nederlandse DAPP-BQ hoog is. Voor het onderhavige onderzoek werd de vragenlijst aangepast voor adolescenten. Om te bepalen of de vragenlijst begrijpelijk was en niet te lang duurde voor adolescenten werd een pilot-studie uitgevoerd onder 25 jongeren. De adolescenten die deelnamen aan de pilot hadden de mogelijkheid tot het geven van commentaar. Zij hadden echter

geen opmerkingen. De vragenlijst werd vervolgens terugvertaald naar het Engels en ter goedkeuring voorgelegd aan de auteur van de originele test. De auteur had geen commentaar waardoor de vragenlijst die in de pilot is gebruikt tevens de uiteindelijke versie is geworden.

De *Big Five Inventory* (BFI; John, Donahue, & Kentle, 1991) is een vragenlijst bestaande uit 35 vragen met betrekking tot vijf dimensies van persoonlijkheid, namelijk extraversie, neuroticisme, openheid naar ervaringen, nauwgezetheid en altruïsme. Alle schalen bestaan uit zeven items. De antwoorden worden gegeven op een vijf-puntsschaal, uiteenlopend van ‘helemaal niet mee eens’ tot ‘helemaal mee eens’. Wanneer een item een kenmerkende eigenschap van een dimensie weergeeft dan wordt aan het antwoord ‘helemaal niet mee eens’ één punt toegekend en aan het antwoord ‘helemaal mee eens’ vijf punten (range: 35 - 175). Er zijn in totaal 15 items waarbij dit niet het geval is, waardoor de puntentoekening precies andersom is.

De *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ; Bernstein & Fink, 1997) is een vragenlijst waarmee wordt onderzocht of een adolescent misbruikt of verwaarloosd is. De vragenlijst bestaat uit 34 items, er worden er echter maar 22 gebruikt om een score te berekenen. De items screenen op vijf aspecten: emotioneel misbruik (vier items), fysiek misbruik (vier items), seksueel misbruik (vijf items), emotionele verwaarlozing (vijf items) en fysieke verwaarlozing (vier items).

Een voorbeeld van emotioneel misbruik is ‘Mensen in mijn gezin zeiden pijnlijke of beledigende dingen tegen mij’. Fysiek misbruik wordt uitgevraagd door items als ‘Ik werd gestraft met een riem, een plank of een koord’. Verder wordt seksueel misbruik onderzocht door bijvoorbeeld de stelling ‘Iemand probeerde mij seksuele dingen te laten doen met mijzelf of mij naar seksuele dingen te laten kijken’. Bij emotionele verwaarlozing horen items als ‘Ik voelde dat er niet van mij gehouden werd’. Tenslotte is de stelling ‘Ik had niet genoeg te eten’ een voorbeeld van fysieke verwaarlozing.

De antwoorden op de items worden gegeven op een vijf-puntsschaal die uiteenloopt van ‘nooit waar’ tot ‘heel vaak waar’. Wanneer een item kenmerkend is voor de vorm van trauma dan wordt de score één toegekend aan het antwoord ‘nooit waar’ en de score vijf aan het antwoord ‘heel vaak waar’ (range: 25 – 125). Bij zes items weerspiegelen de stellingen geen vorm van trauma en is de puntentelling

andersom. Een hogere score duidt op de aanwezigheid van ernstigere vormen van misbruik en verwaarlozing.

Het *Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual-IV* voor As I stoornissen (SCID-I; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1996; Nederlandse versie: Van Groenestijn, Akkerhuis, Kupka, Schneider, & Nolen, 1999) en voor As II stoornissen (SCID-II; First et al., 1997; Nederlandse versie: Weertman, Arntz, & Kerkhofs, 2000) werden bij de deelnemers afgenomen. Dit zijn semi-gestructureerde interviews aan de hand van de DSM-IV. Met deze interviews wordt onderzocht of een persoon lijdt aan respectievelijk een As I stoornis (stemmingsstoornissen, angststoornissen, psychotische stoornissen, substantiegerelateerde stoornissen, eetstoornissen, somatoforme stoornissen) of een As II stoornis (persoonlijkheidsstoornissen). De antwoorden van de deelnemers worden op een vier-puntsschaal gegeven, hierbij wordt een vraagteken aan het antwoord toegekend wanneer het antwoord niet duidelijk is, één punt wanneer de deelnemer niet aan het criterium voldoet, twee punten wanneer de jongere een beetje aan het criterium voldoet en een drie punten wanneer de adolescent aan de stoornis lijdt.

Bij de SCID-II wordt dezelfde antwoordschaal toegepast als bij de SCID-I. In dit interview komt naar voren of iemand lijdt aan de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis. Hierbij wordt onderscheid gemaakt in de A en C criteria van deze persoonlijkheidsstoornis. De items behorende bij de A criteria worden aan iedere jongere gesteld en de vragen behorende bij de C criteria worden enkel aan een jeugdige gesteld wanneer deze ouder is dan 15 jaar. Een voorbeelditem voor de A criteria is 'Ben je vaak met vechtpartijen begonnen?' en voor de C criteria 'Heb je ooit auto gereden terwijl je alcohol of drugs had gebruikt?'.

Tenslotte werd bij dit onderzoek het semi-gestructureerde interview *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children – Present and Lifetime Version* (K-SADS-PL; Kaufman, Birmaher, Brent, Rao, & Ryan, 1996) afgenomen. Hierbij werd enkel het supplement gedragsstoornissen uitgevraagd. Hieronder vallen de stoornissen Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), de Oppositioneel Deviante Stoornis en de Conduct Disorder. Voor het onderzoek werd enkel gebruikgemaakt van de vragen met betrekking tot de Oppositioneel Deviante Stoornis en de Conduct Disorder. Hierbij wordt gekeken naar de aanwezigheid van de stoornissen in het heden en in het verleden. Bij dit interview wordt dezelfde antwoordschaal toegepast als bij de SCID-I en de SCID-II.

Procedure

Voordat het onderzoek begon kreeg de jongere uitleg over het onderzoek en werden eventuele vragen beantwoord. Verder werd alvorens aan het onderzoek te beginnen door de jeugdige een informed consent ondertekend. Wanneer de adolescent jonger was dan 18 jaar was het noodzakelijk dat de ouders bezwaar konden maken tegen het gebruik van de verzamelde gegevens van hun zoon voor het onderzoek. Om deze reden werd er na de afname van de interviews een 'Actief Bezwaar' naar de ouders gestuurd. Dit formulier moesten de ouders ondertekenen en terugsturen wanneer zij geen toestemming gaven voor het gebruik van de gegevens van hun zoon voor het onderzoek. De deelname van de jongeren aan het onderzoek was vrijwillig en had geen consequenties voor het verblijf in R.I.J. de Hartelborgt. Verder werd bij het onderzoek de anonimiteit van de adolescent gewaarborgd.

Allereerst werd tijdens het onderzoek bij iedere deelnemer de SCID-I afgenomen. Wanneer dit was afgerond werd verdergegaan met de SCID-II. Hierna werd de K-SADS-PL afgenomen. Na de interviews moesten de jongens de zelfrapportage vragenlijsten invullen. Het onderzoek duurde gemiddeld drie tot vier uur, afhankelijk van eventuele aanwezige klachten bij de adolescent en de snelheid waarmee de jongere de vragenlijsten invulde. Wanneer de deelnemer het onderzoek geheel had afgerond, ontving hij een kleine beloning.

Statistische analyses

Allereerst werden de beschrijvende statistieken van de DAPP-BQ, BFI en CTQ onderzocht. Verder werd door middel van een correlatieanalyse de relatie tussen persoonlijkheidsgerelateerde problematiek en de dimensies van de normale persoonlijkheid onderzocht. Tevens werd bepaald hoeveel deelnemers een trauma hadden meegemaakt en hoeveel jongeren voldeden aan de criteria van de gedragsstoornissen, as I stoornissen en as II stoornissen. Tenslotte werd een homogeniteitanalyse (HOMALS) uitgevoerd om de samenhang te beschrijven tussen de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis, de gedragsstoornissen, de as I stoornissen, de as II stoornissen, de verschillende vormen van persoonlijkheidsproblematiek en de traumasorten. Met deze analyse worden de verschillende variabelen tegenover elkaar in een plot gezet waarbij stoornissen met een hoge samenhang dichtbij elkaar geplaatst worden. Hierdoor ontstaat er een beeld van clusters van variabelen.

Resultaten

Algemene bevindingen

In tabel 1 worden de beschrijvende statistieken en de Cronbach's alpha's van de DAPP-BQ, de BFI en de CTQ weergegeven. Een aantal schalen van deze instrumenten hadden een lage betrouwbaarheid. Zo waren van de BFI de schalen extraversie, openheid, altruïsme en consciëntieusheid onvoldoende betrouwbaar. Tevens had de schaal fysieke verwaarlozing van de CTQ een lage betrouwbaarheid.

Verder waren er ook schalen met een hoge betrouwbaarheid, namelijk alle hoofdschalen en subschalen van de DAPP-BQ en de schaal fysiek misbruik van de CTQ. De alpha's van de overige schalen waren voor een onderzoekssituatie voldoende.

Tabel 1. *Beschrijvende statistieken en Cronbach's alpha's van de gebruikte instrumenten*

<i>Instrument</i>	<i>M (SD)</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>Cronbach's alpha's</i>
DAPP-BQ				
Onderdanigheid	34.32 (12.19)	16	57	.89
Cognitieve verstoring	31.78 (11.61)	16	53	.87
Identiteitsproblemen	35.11 (12.41)	16	66	.85
Affectieve instabiliteit	40.32 (15.13)	16	71	.91
Opstandigheid	37.57 (11.48)	16	61	.86
Angstigheid	38.14 (15.42)	16	69	.93
Sociale vermijding	33.84 (12.64)	16	67	.89
Achterdochtigheid	35.92 (11.70)	16	57	.88
Onveilige hechting	40.30 (15.30)	16	68	.92
Narcistisch	40.19 (13.67)	16	65	.90
Zelfverwonding	19.05 (10.41)	12	45	.94
Emotionele disregulatie	386.54 (121.04)	190	628	.99
Stimulus zoekend	48.78 (10.68)	22	63	.78
Ongevoeligheid	39.14 (12.09)	16	67	.85
Afwijzing	41.70 (11.47)	16	62	.84

Instrument	<i>M (SD)</i>	Minimum	Maximum	Cronbach's alpha's
Gedragsproblemen	39.16 (11.62)	16	64	.83
Antisociaal gedrag	168.78 (37.80)	70	234	.94
Beperkte expressie	43.49 (12.14)	19	70	.83
Intimiteitproblemen	31.59 (9.78)	16	51	.77
Geremdheid	75.08 (15.98)	35	108	.80
Compulsiviteit	48.19 (12.31)	18	78	.87
BFI				
Neuroticisme	2.61 (.85)	1.00	4.43	.77
Extraversie	3.23 (.65)	1.43	4.57	.57
Openheid	3.35 (.67)	2.00	4.71	.50
Altruïsme	3.27 (.56)	2.14	4.57	.46
Consciëntieusheid	3.40 (.60)	2.14	4.71	.46
CTQ				
Emotioneel misbruik	7.77 (3.26)	5.00	20.00	.70
Fysiek misbruik	7.33 (4.17)	5.00	21.25	.89
Seksueel misbruik	6.46 (2.75)	5.00	17.00	.76
Emotionele verwaarlozing	10.16 (3.91)	5.00	21.00	.72
Fysieke verwaarlozing	6.08 (1.82)	5.00	12.50	.33

Note. DAPP-BQ = Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire, BFI = Big Five Inventory, CTQ = Childhood Trauma Questionnaire.

Antisociale persoonlijkheidsproblematiek en de normale persoonlijkheid

De relatie tussen de Antisociale Persoonlijkeitsstoornis en dimensies van de normale persoonlijkheid werd onderzocht door middel van Pearson correlaties. Uit de resultaten kwam naar voren dat er een significante negatieve correlatie was tussen de schaal emotionele disregulatie van de DAPP-BQ en de altruïsmeschaal van de BFI ($r = -.50, p < .01$, tweezijdig). Verder was er een significante positieve correlatie tussen

de schaal emotionele disregulatie en de neuroticismeschaal van de BFI ($r = .70, p < .01$, tweezijdig). Beide correlaties waren hoge correlaties.

Er was een hoog verband tussen de schaal antisociaal gedrag van de DAPP-BQ en de altruïsmeschaal van de BFI. Hierbij was sprake van een significante negatieve correlatie ($r = -.61, p < .01$, tweezijdig). Tevens was er een significante positieve correlatie tussen deze schaal van de DAPP-BQ en de neuroticismeschaal van de BFI ($r = .38, p = .05$, tweezijdig). Dit was een gemiddelde correlatie.

De schaal geremdheid van de DAPP-BQ hing significant en negatief samen met de extraversieschaal van de BFI ($r = -.43, p < .01$, tweezijdig) en met de altruïsmeschaal van de BFI ($r = -.47, p < .01$, tweezijdig). Beide correlaties waren gemiddelde correlaties.

Verder werd er een significante positieve correlatie gevonden tussen de schaal compulsiviteit van de DAPP-BQ en de openheidschaal van de BFI ($r = .52, p < .01$, tweezijdig). Dit was een hoge correlatie. Tenslotte werd er een significante positieve correlatie gevonden tussen de schaal compulsiviteit van de DAPP-BQ en de schaal consciëntieusheid van de BFI ($r = .41, p < .05$, tweezijdig). Dit was een gemiddelde correlatie. Alle correlaties worden weergegeven in Tabel 2.

Tabel 2. *Correlaties tussen de hoofdschalen van de DAPP-BQ en de BFI*

	<i>BFI</i> <i>Openheid</i>	<i>BFI</i> <i>Consciëntieusheid</i>	<i>BFI</i> <i>Extraversie</i>	<i>BFI</i> <i>Altruïsme</i>	<i>BFI</i> <i>Neuroticisme</i>
DAPP-BQ					
Emotionele disregulatie	.25	-.26	-.32	-.50**	.70**
Antisociaal Gedrag	.16	-.19	-.27	-.61**	.38*
Geremdheid	-.08	-.02	-.43**	-.47**	.07
Compulsiviteit	.52**	.41*	.32	-.16	.14

Note. * $p < .05$ ** $p < .01$.

DAPP-BQ = Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire,

BFI = Big Five Inventory.

Antisociale Persoonlijkheidsstoornis en trauma's

Om de relatie te onderzoeken tussen de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis en trauma's werd gekeken hoeveel jongeren voldeden aan de criteria voor de verschillende soorten trauma's. Met behulp van cut-off scores werd onderscheid gemaakt tussen het wel hebben ervaren van een trauma en het niet of zeer weinig hebben ervaren van een trauma. In de resultaten kwam naar voren dat 29 deelnemers (78.4%) een vorm van trauma hadden meegemaakt. In totaal hadden 18 adolescenten (48.6%) meerdere soorten trauma's ervaren en 11 jeugdigen (29.7%) hadden één soort trauma ervaren. Onder de deelnemers kwam emotionele verwaarlozing het meest voor, 20 jongens (54.1%) hadden deze vorm van trauma ervaren. Vervolgens kwam seksueel misbruik bij 15 jongeren (40.5%) voor, emotioneel misbruik bij 14 jeugdigen (37.8%) en fysiek misbruik was door 12 jongens (32.4%) ervaren. Tenslotte kwam fysieke verwaarlozing het minst onder de deelnemers voor, 10 jongens (27%) hadden deze vorm van trauma ervaren.

Antisociale Persoonlijkheidsstoornis en comorbiditeit

De relatie tussen de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis en andere stoornissen is onderzocht door middel van frequentietabellen. Uit de resultaten kwam naar voren dat één van de jongens (2.7%) in het heden en in het verleden aan de criteria van de Oppositioneel Deviant Stooris voldeed. Daarnaast werd gevonden dat zeven van de jeugdigen (18.9%) voldeden aan de Conduct Disorder die ontstaan is in de kindertijd en 11 van de jongens (29.7%) voldeden aan deze stoornis met het ontstaan in de adolescentie.

Naast de gedragsstoornissen zijn er mogelijk nog comorbide as I stoornissen. In het diagnosticeren van de as I stoornissen werd onderscheid gemaakt in de categorieën 'afwezigheid van de stoornis', 'aanwezigheid van de stoornis' en de 'kenmerken zijn aanwezig'. Van de laatste mogelijkheid in diagnosticeren is gebruikgemaakt wanneer een deelnemer aan één criterium te weinig voldeed om volgens de DSM-IV gediagnosticeerd te worden met de stoornis. Er waren drie stoornissen waarbij geen van de deelnemers aan voldoende criteria voldeed om met de stoornis gediagnosticeerd te worden, maar waarbij er wel jongeren waren die slechts één criterium te weinig hadden om de diagnose van de stoornis te krijgen. Dit waren de stoornissen manische episode, sociale fobie en specifieke fobie.

Uit de resultaten kwam verder naar voren dat de meeste as I stoornissen afwezig waren in de onderzochte groep. Zo kwamen er geen eetstoornissen en somatoforme stoornissen voor. Tevens kon de aanpassingsstoornis niet in de onderzochte groep gediagnosticeerd worden en kwamen maar twee van de negen angststoornissen onder de jongeren voor. De meest voorkomende as I stoornissen onder de deelnemers waren wanen en drugsmisbruik. Beide stoornissen konden bij acht van de jongeren (21.6%) gediagnosticeerd worden. Verder konden vijf personen (13.5%) gediagnosticeerd worden met hallucinaties en tevens werd bij vijf jongens drugsafhankelijkheid vastgesteld. Vier adolescenten (10.8%) voldeden aan de criteria voor alcoholmisbruik en de depressieve episode kon bij drie jeugdigen (8.1%) worden vastgesteld. De hypomane episode en alcoholafhankelijkheid werden beide bij één persoon gediagnosticeerd.

Tenslotte waren er mogelijk as II stoornissen comorbide aan de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis. In de resultaten kwam naar voren dat de meeste as II stoornissen aanwezig waren onder de deelnemers. De as II stoornissen die niet gediagnosticeerd konden worden waren de Afhankelijke, Schizotypische, Theatrale en Narcistische Persoonlijkheidsstoornis. In totaal konden vier jongeren gediagnosticeerd worden met minstens één as II stoornis. Twee van de jeugdigen (5.4%) werden gediagnosticeerd met de Paranoïde Persoonlijkheidsstoornis. Tevens voldeden twee personen aan de criteria van de Borderline Persoonlijkheidsstoornis. De overige as II stoornissen konden bij één van de jongeren (2.7%) gediagnosticeerd worden.

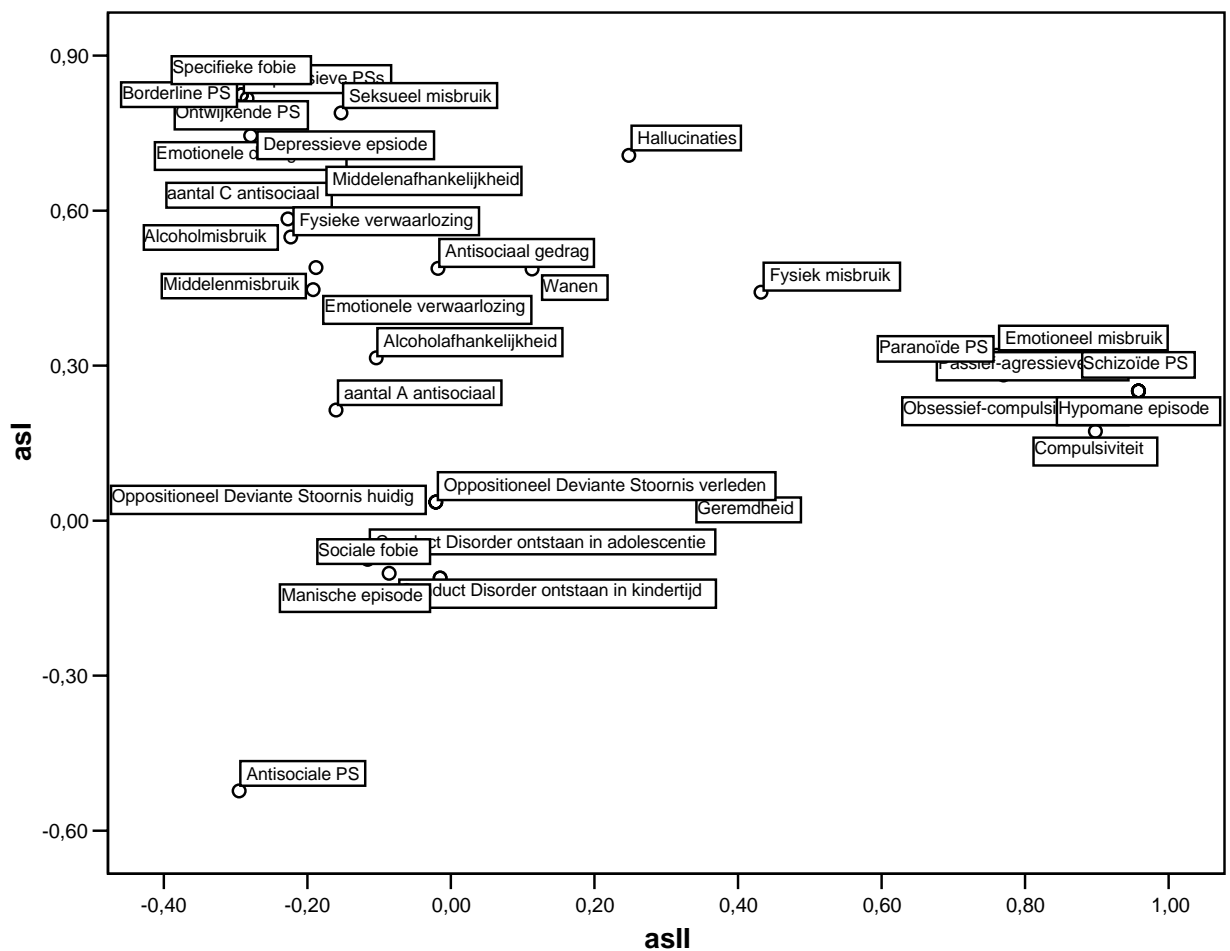
Verband tussen de verschillende variabelen

Om het verband te onderzoeken tussen de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis enerzijds en persoonlijkheidsgerelateerde problematiek, trauma's, gedragsstoornissen, as I stoornissen en as II stoornissen anderzijds is gebruikgemaakt van HOMALS. In figuur 1 is het resultaat van deze analyse weergegeven. De eigenwaarde van de eerste dimensie was 8.383 en de eigenwaarde van de tweede dimensie was 6.904. Uit de resultaten kwam naar voren dat de A en C criteria van de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis samenhangen met de as I stoornissen specifieke fobie, depressieve episode, afhankelijkheid van een middel, misbruik van een middel, alcoholmisbruik, alcoholafhankelijkheid en wanen. Verder was er samenhang met de as II stoornissen Depressieve, Ontwijkende en Borderline Persoonlijkheidsstoornis. Tevens was er een verband met de traumasoorten seksueel misbruik, fysieke

verwaarlozing en emotionele verwaarlozing. De schalen emotionele disregulatie en antisociaal gedrag van de DAPP-BQ hingen samen met de beschreven stoornissen.

Andere stoornissen die samenhangen met de A criteria van de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis zijn de Conduct Disorder die ontstaan is in de kindertijd en in de adolescentie, de beide varianten van de Oppositioneel Deviante Stoornis, de sociale fobie en de manische episode. Tenslotte is in het figuur te zien dat de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis geen verband hield met andere stoornissen.

Figuur 1: Verbanden tussen de gedragsstoornissen, as I stoornissen, as II stoornissen, trauma's en persoonlijkheidsgerelateerde problematiek



Discussie

Het onderhavige onderzoek is opgezet om de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis bij adolescenten in de forensische setting te bestuderen. De belangrijkste bevindingen van het onderzoek zijn: aspecten van de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis hingen

samen met dimensies van de normale persoonlijkheid; er is een sterk verband tussen de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis en trauma's; er is een relatie tussen de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis enerzijds en gedragsstoornissen, as I en as II stoornissen en persoonlijkheidsproblematiek anderzijds.

Het eerste doel van dit onderzoek was het bestuderen van een mogelijke relatie tussen antisociale persoonlijkheidsproblematiek en de dimensies van de normale persoonlijkheid. De dimensies emotionele disregulatie en antisociaal gedrag, aspecten van de antisociale persoonlijkheid, hingen negatief samen met de factor altruïsme en positief samen met de factor neuroticisme van de normale persoonlijkheid. Verder kwam in de resultaten naar voren dat er negatieve relaties waren tussen het aspect 'geremdheid' van de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis enerzijds en extraversie en altruïsme anderzijds. Tenslotte was er sprake van een positief verband tussen de schaal compulsiviteit en de dimensies openheid en consciëntieusheid van de Big Five.

Verschillende aspecten van de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis hingen samen met de dimensies van de normale persoonlijkheid. Dit zou erop kunnen duiden dat adolescenten met de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis een extremere positie op facetten van de normale persoonlijkheid innemen. Aangezien dit het eerste onderzoek is naar de relatie tussen de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis bij adolescenten en de dimensies van de normale persoonlijkheid, is het niet mogelijk de gevonden resultaten te vergelijken met eerdere bevindingen.

Het tweede doel van het onderzoek was het bestuderen of er een relatie is tussen de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis en trauma's. Uit de resultaten kwam een sterke relatie naar voren tussen de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis en trauma's. De meerderheid van de adolescenten had tenminste één soort trauma meegemaakt, met name emotionele verwaarlozing kwam veelvuldig voor. Dit resultaat repliceert de bevindingen van Bernstein, Ahluvalia, Pogge en Handelsman (1997) en Lipschitz et al. (1999). Tevens kwam in de resultaten naar voren dat meer dan een kwart van de deelnemers fysiek misbruikt was. Verder was er een verband tussen enerzijds seksueel misbruik, fysieke verwaarlozing en emotionele verwaarlozing en anderzijds de criteria van de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis. De gevonden resultaten repliceren de bevindingen van Bierer et al. (2003) en Lipschitz et al. (1999). Belangrijk is dat er meer aandacht komt voor de aanwezigheid van trauma's bij antisociale adolescenten.

Het derde doel van deze studie was het onderzoeken van de comorbiditeit van de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis met gedragsstoornissen, as I en as II stoornissen en persoonlijkheidsgerelateerde problematiek. In de resultaten kwam naar voren dat de criteria van de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis samenhangen met de Conduct Disorder, de Oppositioneel Deviant Stooris, de sociale fobie, de specifieke fobie (duidelijke, persistente angst voor goed omschreven objecten of situaties; APA, 2000), afhankelijkheid en misbruik van alcohol en drugs, wanen, de depressieve episode als ook de Depressieve Persoonlijkheidsstoornis (pervasief patroon van depressieve cognities en gedragingen die voorkomen in een variëteit van contexten; APA, 2000), de Ontwijkende Persoonlijkheidsstoornis (pervasief patroon van sociale remming, gevoelens van inadequaatheid en hypergevoeligheid voor negatieve evaluatie dat aanwezig is in een variëteit van contexten; APA, 2000), de Borderline Persoonlijkheidsstoornis, emotionele disregulatie en antisociaal gedrag.

De samenhang tussen de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis en de Conduct Disorder werd ook gevonden door Lahey et al. (2005). Aangezien één van de criteria van de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis de aanwezigheid van de Conduct Disorder op jeugdige leeftijd is, kwam deze bevinding niet onverwacht. Verder kwam in het onderzoek een verband naar voren tussen de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis en de Oppositioneel Deviant Stooris. In enkele onderzoeken komt naar voren dat er sprake is van een indirect verband tussen de twee stoornissen (Loeber, Burke, Lahey, Winters, & Zera, 2000; Loeber et al., 1991). In dit onderzoek kon het indirecte verband niet onderzocht worden.

Verder kwam in de resultaten een verband naar voren tussen de sociale fobie en de A criteria van de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis. Een hoger verband werd gevonden tussen de sociale fobie en de gedragsstoornissen. Misschien is er een indirect verband tussen de sociale fobie en de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis, bijvoorbeeld via de gedragsstoornissen. Echter, er kan ook sprake zijn van een andere tussenliggende variabele. In dit onderzoek kon niet worden onderzocht of er sprake was van een indirect verband tussen de sociale fobie en de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis. Aangezien dit het eerste onderzoek is dat de relatie bestudeert tussen de sociale fobie en de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis bij adolescenten kon het resultaat niet vergeleken worden met eerdere bevindingen. Verder is de samenhang tussen enerzijds de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis en

anderzijds afhankelijkheid en misbruik van alcohol en drugs ook gevonden door Moran (1999).

In de resultaten kwam geen verband naar voren tussen de Narcistische Persoonlijkheidsstoornis en de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis. De resultaten van het onderzoek van Westen, Shedler, Durrett, Glass en Martens (2003) konden niet worden gerepliceerd. Aangezien er geen eerder onderzoek is gedaan naar de relatie tussen enerzijds de specifieke fobie, depressieve episode, wanen, persoonlijkheidsproblematiek, de Depressieve en Ontwijkende Persoonlijkheidsstoornis en anderzijds de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis bij adolescenten, kunnen de bevindingen met betrekking tot deze stoornissen niet vergeleken worden met eerder onderzoek.

Duidelijk is dat er binnen de onderzochte populatie veel stoornissen comorbide zijn met de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis. Belangrijk is dat klinici zich, naast het behandelen van de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis, richten op het behandelen van comorbide stoornissen. Comorbide stoornissen hebben namelijk vaak een negatieve invloed op de behandeling van andere stoornissen, zoals de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis. Een voorbeeld van een negatieve invloed is het verminderen van therapietrouw. Zo hebben bijvoorbeeld depressieve personen weinig interesse en energie om intensief deel te nemen aan een behandeling. Belangrijk is dan dat de depressiviteit vermindert voordat met de behandeling van een andere stoornis, bijvoorbeeld de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis, wordt begonnen (Kooij, 2002). Verder is het goed om in vervolgonderzoek rekening te houden met de hoge comorbiditeit van stoornissen met de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis. Zo kan misschien duidelijk worden of iedere gevonden comorbide stoornis daadwerkelijk een directe comorbide stoornis is van de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis of dat er misschien bij sommige stoornissen sprake is van een indirecte relatie met de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis. Tevens kan dan misschien duidelijk worden of er nog andere stoornissen zijn die de relatie tussen de gevonden stoornissen met de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis mediëren of modereren.

Het vierde en laatste doel van dit onderzoek was het bestuderen of jongeren met de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis adequater (duidelijker, specifiek) ingedeeld konden worden door een categoriale benadering of door een dimensionele benadering. In de resultaten kwam naar voren dat het geregeld voorkwam dat de jongeren één criterium te weinig hadden om met een stoornis gediagnosticeerd te

worden. Bij de categoriale benadering zou dit ertoe leiden dat er geen diagnose gesteld zou worden. Deze informatie zou niet verloren gaan bij een dimensionele benadering. Bij het gebruik van een dimensionele benadering wordt bovendien gekeken naar de ernst van de symptomen en zou duidelijk zijn geworden dat deze jongeren een hoog risico lopen om een stoornis te ontwikkelen. Verder is de persoonsbeschrijving bij een dimensionele benadering wellicht specifiekere dan bij een categoriale benadering. Zo werd met de DAPP-BQ een jongen beschreven in 18 subschalen en vier hoofdschalen. Dit geeft misschien een specifiekere persoonsbeschrijving dan de beschrijving van een jeugdige in termen van het wel of niet hebben van een stoornis.

Op basis van bovenstaande kan de dimensionele benadering als informatiever beschouwd worden dan de categoriale benadering. Er kleven echter ook nadelen aan de dimensionele indeling. Wanneer enkel gebruik zou worden gemaakt van de dimensionele benadering is het mogelijk dat er een betekenisvol lexicon verdwijnt (Widiger & Samuel, 2005). Tevens is de klinische bruikbaarheid van deze benadering nog onvoldoende onderzocht en zou het verrichten van longitudinaal onderzoek moeilijk worden (First, 2005). Verder benoemen Widiger en Samuel (2005) dat het voor klinische beslissingen waarschijnlijk noodzakelijk is dat er een cutoff score is die aangeeft wanneer een persoon moet worden opgenomen in het ziekenhuis of behandeling nodig heeft. Een combinatie van beide benaderingen zal waarschijnlijk het meest geschikt zijn. Op deze manier wordt rekening gehouden met bovenstaande voordelen en nadelen van de benaderingen. Een manier om de benaderingen te combineren is bijvoorbeeld door dimensies aan te brengen in de bestaande DSM categorieën. Echter, eerst moet de klinische bruikbaarheid van de dimensionele benadering beter onderzocht worden (First, 2005; Widiger & Samuel, 2005).

De gevonden resultaten zijn mogelijk beïnvloed door een aantal beperkingen van het onderzoek. Zo bestond de steekproef uit 37 personen, dit is een relatief kleine steekproef. Hierdoor is het mogelijk dat er resultaten naar voren zijn gekomen die enkel gelden voor deze steekproef en niet gemakkelijk generaliseerbaar zijn naar andere populaties. Echter, dit was het eerste onderzoek naar de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis bij adolescenten in de forensische setting, waardoor het een opstap vormt naar verder onderzoek. Verder werd duidelijk dat veel jongens sociaal wenselijk (probeerden te) antwoorden en leugens vertelden. Tijdens de interviews kon hier iets van gezegd worden, maar bij de zelfrapportagelijsten kon hier niet op

ingespeeld worden. Hierbij werd het non-verbale gedrag gemist waaraan tijdens de interviews te zien was of een jongen loog. Echter, in de zelfrapportagelijsten werd iedere vraag enkele keren in andere woorden herhaald, waardoor toch enigszins gecontroleerd kon worden op sociaal wenselijk antwoorden. Tevens was in het onderzoek geen controlegroep betrokken. Hierdoor was het niet mogelijk om de verschillen te zien tussen mannelijke adolescenten met en zonder de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis en antisociale kenmerken. Dit onderzoek was echter opgezet om kennis te vergaren over adolescenten met de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis en dat is gelukt. Verder werd in het onderzoek gebruikgemaakt van de DAPP-BQ. Dit instrument is gevalideerd voor volwassenen, maar dit is de eerste keer dat er onderzoek met deze test werd uitgevoerd onder adolescenten. Het instrument was dus nog niet genormeerd, waardoor het niet mogelijk was om te beoordelen of een adolescent hoog, gemiddeld of laag scoorde op een schaal. Echter, de DAPP-BQ lijkt zeer betrouwbaar en valide te zijn en voor dit onderzoek was het niet noodzakelijk om te weten of een jongen laag, gemiddeld of hoog scoorde. Tenslotte werden de as I en as II stoornissen gediagnosticeerd met behulp van respectievelijk de SCID-I en de SCID-II. Deze instrumenten zijn genormeerd en gevalideerd voor volwassenen. Misschien heeft het gebruik van deze instrumenten geleid tot andere resultaten dan wanneer de Children's Structured Clinical Interview for DSM-IV (KID-SCID) zou zijn gebruikt. Echter, vanaf 16 jaar is een betrouwbare en valide toepassing van de SCID-I en SCID-II mogelijk en de meeste jongeren waren rond deze leeftijd.

Samenvattend kwam in het onderzoek naar voren dat verschillende aspecten van de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis samenhangen met de dimensies van de normale persoonlijkheid. Verder is er een verband tussen enerzijds de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis en anderzijds seksueel misbruik, fysieke verwaarlozing en emotionele verwaarlozing. Tevens was er samenhang tussen de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis en de gedragsstoornissen. Andere stoornissen die samenhangen met de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis zijn de as I stoornissen specifieke fobie, depressieve episode, wanen en afhankelijkheid en misbruik van drugs en alcohol. Tevens lijken de Depressieve, Borderline en Ontwijkende Persoonlijkheidsstoornis mogelijke comorbide as II stoornissen te zijn van de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis. Verder hingen emotionele disregulatie en antisociaal gedrag samen met de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis. Ondanks de beperkingen is het onderhavige onderzoek een goed begin naar verdere bestudering

van de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis bij adolescenten. In de toekomst zou het goed zijn als naast een groep adolescenten met de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis een controlegroep getest wordt en verder is het misschien goed om het verschil in manifestatie van de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis tussen de seksen te onderzoeken.

Referentielijst

- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association (2000).
- Bagge, C.L., & Trull, T.J. (2003). DAPP-BQ: factor structure and relations to personality disorder symptoms in a non-clinical sample. *Journal of Personality Disorders*, *17*, 19-32.
- Bernstein, D.P., Ahluvalia, T., Pogge, D., & Handelsman, L. (1997). Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an Adolescent Psychiatric Population. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36*, 340-348.
- 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*, 737-740, 749-754.
- Burke, J.D., Loeber, R., & Birmaher, B. (2002). Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder: A Review of the Past 10 Years, Part II. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *41*, 1275-1293.
- Costa, P.T., & McCrae, R.R. (1992). Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory. *Psychological Assessment*, *4*, 5-13.
- Farrington, D.P. (1990). Implications of criminal career research for the prevention of offending. *Journal of Adolescence*, *13*, 93-113.
- Fergusson, D.M., & Horwood, L. J. (1995). Predictive Validity of Categorically and Dimensionally Scored Measures of Disruptive Childhood Behaviors. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *34*, 477-485.
- First, M.B. (2005). Clinical Utility: A Prerequisite for the Adoption of a Dimensional Approach in DSM. *Journal of Abnormal Psychology*, *114*, 560-564.

- Goodwin, R.D., & Hamilton, S.P. (2003). Lifetime comorbidity of antisocial personality disorder and anxiety disorders among adults in the community. *Psychiatry Research, 117*, 159–166.
- Holdwick, D.J., Hilsenroth, M.J., Castlebury, F.D., & Blais, M.A. (1998). Identifying the Unique and Common Characteristics Among the DSM-IV Antisocial, Borderline, and Narcissistic Personality Disorders. *Comprehensive Psychiatry, 39*, 277-286.
- Holmes, S.E., Slaughter, J.R., & Kashani, J. (2001). Risk Factors in Childhood That Lead to the Development of Conduct Disorder and Antisocial Personality Disorder. *Child Psychiatry and Human Development, 31*, 183-193.
- Jang, K.L., Stein, M.B., Taylor, S., Asmundson, G.J.G., & Livesley, W.J. (2003). Exposure to traumatic events and experiences: aetiological relationships with personality function. *Psychiatry Research, 120*, 61–69.
- Kampen, D. van (2002). The DAPP-BQ in the Netherlands: Factor Structure and Relationship with Basic Personality Dimensions. *Journal of Personality Disorders, 16*, 235-254.
- Kampen, D. van (2006). The Dutch DAPP-BQ: improvements, lower- and higher-order dimensions, and relationship with the 5DPT. *Journal of Personality Disorders, 20*, 81-101.
- Kessler, R.C. (2002). The Categorical versus Dimensional Assessment Controversy in the Sociology of Mental Illness. *Journal of Health and Social Behavior, 43*, 171-188.
- Kooij, J.J.S. (2002). *ADHD bij volwassenen: inleiding in diagnostiek en behandeling*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

- Kraemer, H.C., Noda, A., & O'Hara, R. (2004). Categorical versus dimensional approaches to diagnosis: methodological challenges. *Journal of Psychiatric Research, 38*, 17–25.
- Lahey, B.B., Loeber, R., Burke, J.D., & Applegate, B. (2005). Predicting Future Antisocial Personality Disorder in Males From a Clinical Assessment in Childhood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 389–399.
- Lipschitz, D.S., Winegar, R.K., Nicolaou, A.L., Hartnick, E., Wolfson, M., & Southwick, S.M. (1999). Perceived Abuse and Neglect as Risk Factors for Suicidal Behavior in Adolescent Inpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 187*, 32-39.
- Loeber, R., Burke, J.D., Lahey, B.B., Winters, A., & Zera, M. (2000). Oppositional Defiant and Conduct Disorder: A Review of the Past 10 Years, Part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*, 1468-1484.
- Loeber, R., Lahey, B.B., & Thomas, C. (1991). Diagnostic Conundrum of Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 379-390.
- MacMillan, H.L., Fleming, J.E., Streiner, D.L., Lin, E., Boyle, M.H., Jamieson, E., et al. (2001). Childhood Abuse and Lifetime Psychopathology in a Community Sample. *The American Journal of Psychiatry, 158*, 1878-1883.
- Moran, P. (1999). The epidemiology of antisocial personality disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 34*, 231-242.
- Potter, N.N. (2004). Perplexing issues in personality disorders. *Current Opinion in Psychiatry, 17*, 487–492.
- Sadler, J.Z. (1996). Epistemic Value Commitments in the Debate over Categorical vs. Dimensional Personality Diagnosis. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology, 3.3*, 203-222.

- Schroeder, M.L., Wormworth, J.A., & Livesley, W.J. (1992). Dimensions of Personality Disorder and Their Relationship to the Big Five Dimensions of Personality. *Psychological Assessment, 4*, 47-53.
- Schwab-Stone, M., Chen, C., Greenberger, E., Silver, D., Lichtman, J., & Voyce, C. (1999). No Safe Haven II: The Effects of Violence Exposure on Urban Youth. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*, 359-367.
- Trull, T.J., Waudby, C.J., & Sher, K.J. (2004). Alcohol, Tobacco, and Drug Use Disorders and Personality Disorder Symptoms. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 12*, 65–75.
- Westen, D., Shedler, J., Durrett, C., Glass, S., & Martens, A. (2003). Personality Diagnoses in Adolescence: DSM-IV Axis II Diagnoses and an Empirically Derived Alternative. *The American Journal of Psychiatry, 160*, 952-966.
- Widiger, T. A., Costa, P. T., & McCrae, R. R. (2002). A proposal for Axis II: Diagnosing personality disorders using the five-factor model. In Widiger, T.A., & Samuel, D.B. (2005). Diagnostic Categories or Dimensions? A Question for the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders—Fifth Edition. Journal of Abnormal Psychology, 114*, 494–504.
- Widiger, T.A., & Samuel, D.B. (2005). Diagnostic Categories or Dimensions? A Question for the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders—Fifth Edition. Journal of Abnormal Psychology, 114*, 494–504.