

In de DSM-5 is de diagnosestelling van een verstandelijke beperking aangepast ten opzichte van de DSM-IV.

Hierbij is het accent verschoven van het Intelligentie Quotiënt (IQ) naar beperkingen in het adaptief functioneren. In onderhavig onderzoek wordt de pilotversie van een nieuwe schaal getest, die het conceptuele, sociale en praktische functioneren van cliënten in kaart brengt: de Adaptieve Vragenlijst Verstandelijke Beperking (AVVB).

ONTWIKKELING EN ONDERZOEK VAN DE ADAPTIEVE
VRAGENLIJST VERSTANDELIJKE BEPERKING

LICHT VERSTANDELIJKE BEPERKING IN DE DSM-5: HET BELANG VAN ADAPTIEF FUNCTIONEREN

INLEIDING

Sinds een aantal jaren neemt de aandacht in Nederland voor het herkennen van een verstandelijke beperking toe. Echter, uit recent onderzoek van Nieuwenhuis et al. (2017) lijkt het aantal mensen op algemene psychiatrische opnameafdelingen dat op een beperkt verstandelijk niveau functioneert groter dan gedacht. Deze mensen hebben een verhoogde kans gedwongen opgenomen te worden en worden vaker met dwangmaatregelen tijdens opnamen geconfronteerd.

Verschillende onderzoeken wijzen er verder op dat binnen de forensische psychiatrie en in de gevangenispopulatie het percentage verstandelijk beperkten tussen de 20 en 35 procent ligt (Kaal, Nijman & Moonen, 2015; Kaal, 2016).

Om zowel onder- als overdiagnostiek te voorkomen is het belangrijk dat klinici weten hoe zij een verstandelijke beperking kunnen herkennen en diagnosticeren. De in 2014 verschenen Nederlandse versie van de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) geeft daar handvatten voor.

Om zowel onder- als overdiagnostiek te voorkomen is het belangrijk dat klinici weten hoe zij een verstandelijke beperking kunnen herkennen en diagnosticeren

Ten opzichte van de DSM-IV zijn een aantal veranderingen doorgevoerd, waaronder de classificatiecriteria voor het concept 'verstandelijke beperking' (American Psychiatric Association, 2013). In de DSM-IV werd gesproken van zwakzinnigheid (*mental retardation*), wanneer sprake is van een Intelligentie Quotiënt (IQ) van ongeveer 70 of lager, tekorten of beperkingen in het aanpassingsgedrag, en de aanvang voor het achttiende jaar plaatsvindt. Daarnaast wordt genoemd dat mensen met een IQ van 71 tot 84, samengaand met 'reden voor zorg' geclassificeerd mogen worden met zwakbegaafdheid (APA, 2006). In de DSM-5 is de term aangepast van zwakzinnigheid naar verstandelijke beperking (of verstandelijke ontwikkelingsstoornis) (APA, 2013). De aparte categorie – een V-code – voor zwakbegaafdheid blijft bestaan, maar zonder IQ-criteria. Ook andere criteria ontbreken, waardoor een beroep wordt gedaan op de beoordeling van de clinicus (Kaldenbach, 2015). De definitie van verstandelijke beperking (APA, 2014) bestaat nu uit drie classificatiecriteria: deficiënties in de intellectuele functies, deficiënties in het adaptief functioneren en een aanvang gedurende de ontwikkelingsperiode. Het belangrijkste verschil met de DSM-IV is dat de mate van ernst van de verstandelijke beperking niet meer primair bepaald wordt aan de hand van een individuele, gestandaardiseerde IQ-score, maar door middel van het adaptief functioneren. De DSM-5 vereist hierbij een gevalideerd meetinstrument voor adaptief functioneren, daar de ernst van de beperking wordt bepaald door dit functioneren (APA, 2014). Een dergelijk observatieinstrument, dat zowel het conceptuele, sociale als praktische domein van functioneren in kaart brengt, bestond echter, voor zover wij weten, nog niet of is te verouderd om nog goed te kunnen gebruiken.

Adaptief functioneren wordt gedefinieerd als het vermogen van een persoon om effectief in de wereld te

kunnen functioneren (Tassé et al., 2012). Wanneer geen blijvende ondersteuning wordt geboden, zal de persoon problemen ervaren op één of meerdere aspecten van het dagelijks leven (APA, 2014). Het blijft van belang ook de intellectuele disfunctie te diagnosticeren, omdat dit de cognitieve aard van de beperking kan vaststellen. Het adaptief functioneren toont aan in welke mate dit cognitief functioneren het dagelijks leven belemmert (Murray et al., 2014). Hoe beter men in beeld heeft welke beperkingen en vaardigheden een persoon heeft in het dagelijks leven, hoe beter de begeleiding of behandeling hierop kan aansluiten. Dit verkleint de kans op over- en ondervraging (Ponsioen & Plas, 2014).

Het classificeren volgens de DSM-5-criteria door het meten van het adaptief functioneren kan bij mensen aan de bovenkant van de range, in geval van zwakbegaafdheid of een licht verstandelijke beperking (LVB), moeilijker zijn dan bij mensen met een matig, ernstig of zeer ernstig verstandelijke beperking. Dit heeft te maken met het feit dat mensen met zwakbegaafdheid of een licht verstandelijke beperking zich wat betreft (uiterlijke) kenmerken weinig onderscheiden van mensen zonder een verstandelijke beperking en vaak kunnen zij vrij adequaat gebruik maken van taal. De beperking kan hierdoor gecamoufleerd worden (Schalock et al., 2010). De problemen die mensen met zwakbegaafdheid of een licht verstandelijke beperking door een lager adaptief functioneren ervaren, kunnen echter groot zijn, omdat zij regelmatig overvraagd worden door hun omgeving (Schalock et al., 2010). Het is dan ook van belang voor deze doelgroep een adequaat meetinstrument voor het meten van adaptief functioneren te ontwikkelen. Om deze redenen hebben wij begin 2015 de Adaptieve Vragenlijst Verstandelijke Beperking (AVVB; Jonker et al., 2015) ontworpen.

De huidige pilotstudie werd uitgevoerd om de psychometrische kwaliteit en bruikbaarheid van de AVVB te onderzoeken, als start van een groter onderzoek naar dit instrument. Ten eerste werd de betrouwbaarheid beoordeeld, waarbij gekeken werd naar de interne consistentie en de *interrater reliability* (IRR). Ten tweede werd een valideringsonderzoek uitgevoerd, waarbij voor de convergente validiteit de scores op de AVVB werden vergeleken met die van de Sociale Redzaamheid Schaal (SRZ-P; Kraijer et al., 1994; 2004). Het vergelijken van de AVVB met de SRZ-P is relevant, omdat beide tests een vergelijkbaar construct beogen te meten. De SRZ-P werd oorspronkelijk echter ontwikkeld in het begin van de jaren zeventig van de vorige eeuw, waardoor items over een aantal recente, aan internet, sociale media en mobiele

telefonie gerelateerde vragen ontbreken. Daarnaast is zelfredzaamheid, wat de SRZ-P beoogt te meten, een onvolledig construct voor het bepalen van adaptief functioneren. Tevens wordt het resultaat van de SRZ-P in algemene zin weergegeven, waarbij weinig gezegd kan worden over de begeleiding die iemand nodig heeft (Bruijn, Buntinx & Twint, 2014; Palmen & Didden, 2008). De verwachting was echter dat de scores op de SRZ-P en de AVVB positief zullen correleren.

Voor de divergente validiteit werd de AVVB vergeleken met de *Adult Behavior Checklist* (ABCL; Achenbach & Rescorla, 2003). Dit is een vragenlijst om psychopathologie in de algemene populatie te meten. Onderzoek van Tenneij en Koot (2007) heeft uitgewezen dat de Nederlandse versie van de ABCL ook bruikbaar en valide is in een LVB-populatie. De reden dat de AVVB werd vergeleken met de ABCL is dat de doelgroep waarbij de pilotstudie werd uitgevoerd, naast een licht verstandelijke beperking, ook psychische problemen heeft. Deze problemen kunnen een negatief effect hebben op het adaptief functioneren (Didden & Moonen, 2013). Als uit het onderzoek blijkt dat dit verband bestaat, kan dit voor de AVVB betekenen dat de kans op vals positieven groter wordt (mensen bij wie een licht verstandelijke beperking vastgesteld wordt, maar dit niet hebben) naarmate hun psychopathologie en psychiatrisch toestandbeeld ernstiger zijn. Om deze reden is het wenselijk dat de AVVB niet (sterk) samenhangt met de ABCL.

METHODE

PARTICIPANTEN Voor het huidige onderzoek werden cliënten geselecteerd die allen opgenomen waren in behandeling Wier, een kliniek voor mensen met zwakbegeerdheid of een licht verstandelijke beperking en ernstige gedrags- en/of psychische problemen. Wier is onderdeel van Expertisecentrum de Borg, een samenwerkingsverband tussen instellingen voor SGLVG-problematiek (Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Gehandicapt).

De selectie vond plaats op basis van een IQ-score gemeten met de WAIS-III, WAIS-IV en *Wechsler Intelligence Scale for Children – Third Edition* (WISC-III) die niet ouder was dan vier jaar. Wechsler (2012) noemt dat de testscore twee jaar betrouwbaar is. Uit verschillende onderzoeken blijkt evenwel dat IQ een vrij vaststaand construct is en dat individuele betrouwbaarheidsintervallen weinig fluctueren over de jaren (Luteijn et al., 2011; Must et al., 2009). Na selectie konden vijftig participanten worden geïncludeerd in het onderzoek. Van drie participanten zijn geen vragenlijsts-

ten geretourneerd en deze gelden als non-respons. Daarmee werden uiteindelijk 47 participanten geïncludeerd, waarvan 39 mannen waren en acht vrouwen. Dit verschil kan grotendeels verklaard worden door de man-vrouw verhouding in de kliniek (75% man).

Een poweranalyse wees uit dat een totaal van minstens 42 participanten gewenst was bij een gemiddelde effectsize ($\rho = .5$, tweezijdig, 95% betrouwbaarheidsinterval). De gemiddelde leeftijd van de totale steekproef was 35.09 jaar ($SD = 10.04$), de minimumleeftijd was 19 jaar, de maximumleeftijd 57 jaar. De gemiddelde IQ-score was 66.94 ($SD = 6.63$).

Het is wenselijk dat de AVVB niet (sterk) samenhangt met de ABCL

MEETINSTRUMENTEN *Adaptieve Vragenlijst Verstandelijke Beperking*: De AVVB is een nieuw ontworpen vijfpuntvragenlijst bestaande uit 63 items over vijf schalen om het adaptief functioneren van mensen met een licht verstandelijke beperking te meten.¹ De AVVB werd samengesteld door experts op het gebied van de LVB-populatie op basis van de classificatiecriteria in de DSM-5 en klinische ervaring met de doelgroep en was daarnaast geïnspireerd op eerder verschenen vragenlijsten, zoals de SRZ-P (Kraijer & Kema, 1994) en de *Vineland Adaptive Behavior Scale* (VABS, Sparrow et al., 1984). In de AVVB wordt ook rekening gehouden met het belang van protectieve factoren. Deze zijn onder andere gebaseerd op de *Structured Assessment of Protective Factors* (SAPROF), een instrument dat met name in de forensische psychologie wordt gebruikt bij risicotaxatie en uitgaat van beschermende factoren voor het voorkomen van een geweldsdelict (De Vogel et al., 2007).

De ontwikkelde testversie van de AVVB bestaat uit 63 items verdeeld over vijf subschalen die de persoonlijk begeleider van de cliënt invult. Deze vijf subschalen brengen de volgende domeinen in kaart, waarbij de antwoorden op glijdende 5-puntsschalen, lopend van 1 (voert de vaardigheid niet uit, ook niet met hulp) tot en met 5 (voert de vaardigheid geheel zelfstandig uit), worden gescoord:

1 De AVVB kan bij F. Jonker worden opgevraagd:: femke.jonker@hetnet.nl.

- (Basale) zelfzorg en hygiëne (7 items);
- het vermogen om een huishouden te runnen (8 items);
- overig zelfstandig functioneren (20 items);
- deelname sociaal verkeer (18 items);
- executieve functies: inhibitievermogen, gevolgen overzien & plannen en organiseren (10 items).

De AVVB is ontworpen om ingevuld te worden door andere informanten dan de cliënt zelf, zoals begeleiders of anderen die een cliënt goed kennen (bijvoorbeeld ouders/verzorgers of de partner van een cliënt). De reden hiervoor is dat cliënten vaak beperkt inzicht hebben in hun beperking en zichzelf hierdoor kunnen overschatten (Didden & Moonen, 2013). De kans op bias is in geval van zelfrapportage groter, dan wanneer gebruik wordt gemaakt van derden (Tenneij & Koot, 2007). Dit komt overeen met bestaande Amerikaanse tests, zoals de *Adaptive Behavior Assessment System Second Edition* (ABAS-II). De ABAS-II is ontworpen op basis van de drie domeinen van adaptief gedrag zoals opgesteld door de AAMR (Harrison & Oakland, 2004) en kent een goede psychometrische kwaliteit. Van de ABAS-II bestaat echter voor zover wij weten geen Nederlandse vertaling en bovendien is adaptief functioneren deels cultuurgebonden (Schalock et al., 2010), waardoor niet gezegd is dat deze test bruikbaar is in Nederland.

De AVVB is ontworpen om ingevuld te worden door andere informanten dan de cliënt zelf

Sociale Redzaamheidsschaal voor Verstandelijk Gehandicapten van Hoger Niveau: De SRZ-P is een sociale redzaamheidsschaal voor mensen met een verstandelijk beperkt en zwakbegaafd functioneringsniveau met 63 items, die zijn onderverdeeld in drie sub-schalen. De sub-schaal Zelfredzaamheid I (15 items; poetst tanden, verzorgt haren, knipt nagels) is een weergave van dagelijkse vaardigheden. De tweede sub-schaal, Zelfredzaamheid II, bevat 15 items die meer complexe en sociale vaardigheden weergeven (bakt een ei, gebruikt openbaar vervoer, kan een relatie aangaan). De derde sub-schaal is Verbaal-Numeriek en bevat 17 items met betrekking tot cognitieve vaardigheden (klokkijken, lezen,

schrijven). Daarbij blijven 16 items over die gelden als restcategorie. De items worden dichotoom gescoord ('+' wanneer de vaardigheid aanwezig is, '-' als de vaardigheid afwezig is). Een hoge score op de SRZ-P duidt op een hoge mate van zelfstandigheid. De SRZ-P wordt doorgaans door twee begeleiders (samen) ingevuld (Kraijer et al., 2004). De COTAN (1995) heeft de psychometrische kwaliteit van de SRZ-P als goed beoordeeld, zowel betrouwbaarheid ($\alpha > .90$) als validiteit ($\rho > .70$ voor convergente validiteit), maar de normen zijn verouderd, evenals de test zelf.

Adult Behavior Checklist: De ABCL is ontworpen om psychopathologie te meten bij een algemene populatie. De lijst is betrouwbaar en valide gebleken in het gebruik bij mensen met een lichte verstandelijke beperking en wordt ingevuld door andere informanten dan de cliënt zelf, wat de kans op bias minder groot maakt (Tenneij & Koot, 2007). De ABCL bestaat uit 118 items, de subschalen Angstig/Depressief (eenzaam, huilt veel, angstig), Teruggetrokken (gesloten, geen vrienden, praat niet) en Somatische Klachten (moe, hoofdpijn, huidproblemen) vormen de Internaliserende schaal. Agressief Gedrag (beschadigt/vernielt spullen, schreeuwt, is gemeen), Regel-Overtredend Gedrag (drugs, steelt, geen schuldgevoel) en Opdringerig (wil aandacht, pest, is luidruchtig) vormen samen de Externaliserende schaal. De Internaliserende en Externaliserende schaal vormen samen met de schalen Gedachtenproblemen (hoort stemmen die er niet zijn, vreemde ideeën, suicidale uitspraken) en Aandachtsproblemen (concentratieproblemen, kan niet plannen, verliest spullen) de totaalscore. De items worden gescoord op een driepunts-Likertschaal (1='niet waar', 2='beetje/soms waar'; 3='helemaal waar'). Een hoge score op de ABCL duidt op grotere problematiek veroorzaakt door psychopathologie (Achenbach & Rescorla, 2003). Onderzoek van Tenneij en Koot (2007) wijst op een voldoende tot uitstekende interne consistentie ($\alpha = .69$ tot $\alpha = .94$) en een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid ($\alpha = .57$ tot $\alpha = .76$). De divergente validiteit lijkt voldoende ($\rho > .20 < .48$), hoewel meer onderzoek nodig is.

PROCEDURE In behandelinstelling Wier wordt in het kader van behandel-evaluatie en Routine Outcome Monitoring (ROM), naast een aantal andere instrumenten, twee keer per jaar voor elke opgenomen cliënt de ABCL ingevuld. Voor de aan dit onderzoek deelnemende cliënten werd de meest recente ABCL-score gebruikt. Voor de AVVB werden twee Eerst Verantwoordelijke Verpleegkundigen (EVV'ers) gevraagd de

lijst onafhankelijk van elkaar in te vullen. Tussen het invullen van de twee lijsten zat maximaal veertien dagen. Het invullen van de AVVB nam gemiddeld vijftien minuten in beslag. De SRZ-P werd door één evv'er ingevuld en nam tevens een kwartier in beslag. evv'ers werden geïnstrueerd door middel van een instructieformulier bij de tests, via e-mail en mondeling door de onderzoekers.

SOFTWARE EN STATISTISCHE ANALYSES Ten eerste werd voor de poweranalyse gebruik gemaakt van G*Power 3.1, aanbevolen in Field (2005). De overige statistische analyses werden uitgevoerd met het programma *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* 22.0. Missende data werden door middel van Multiple Imputatie (MI) toegevoegd. Hoewel dit, zoals alle statistische analyses, geen methode zonder nadelen is, wordt MI gezien als een goede methode om missende data te vervangen (White, Royston & Wood, 2010). Voor de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is de Intraclass Correlatiecoëfficiënt (ICC) gebruikt.

RESULTATEN

BESCHRIJVENDE STATISTIEK De assumptie van normaalverdeling is voor alle instrumenten getest en niet geschonden. Uit de AVVB zijn de items 12 ('Doet boodschappen voor de maaltijd'), 15 ('Doet kleine klusjes in huis'), 31 ('reist zelfstandig met het openbaar vervoer') en 32 ('Maakt verantwoord gebruik van OV-chipkaart') verwijderd, omdat deze items grote aantallen (>20%) missende data bevatten. Dit zal te maken hebben met het feit dat veel van de onderzochte cliënten opgenomen zijn en door restricties en een gebrek aan vrijheden deze vaardigheden niet hebben kunnen demonstreren. Na verwijdering van deze items was de minimaal te behalen score op de AVVB 59 punten, de maximale score 295. De laagst waargenomen score in de onderzochte steekproef was 79 punten en de hoogst waargenomen score 286 punten.

BETROUWBAARHEID *Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid:* Voor 34 van de 47 participanten van de steekproef (72%) hadden beide evv'ers de AVVB ingevuld. Eén participant had meer dan tien procent missende waarden en werd om deze reden geëxcludeerd. In Tabel 2 zijn de resultaten van de verschillende schalen en totaalscore van de AVVB opgenomen. Alle subschalen hadden een significante interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, waarbij de subschalen Zelfzorg en Hygiëne en Deelname Sociaal Verkeer beoordeeld kunnen worden als goed en de overige schalen als uitstekend. Ook de interbe-

oordelaarsbetrouwbaarheid van de totale schaal kan worden beoordeeld als uitstekend ($ICC = .81, p < .001$).

Interne consistentie: De interne consistentie op schaalniveau werd met behulp van Cronbach's alpha onderzocht (zie tabel 1). Eén subschaal (Zelfzorg en Hygiëne) kan worden beoordeeld als goed, de andere subschalen worden beoordeeld als uitstekend. De interne consistentie van de totale AVVB was .98 ($n=18$).

VALIDITEIT *Convergente validiteit:* Om te meten in welke mate de AVVB samenhangt met bestaande vergelijkbare lijsten werd de SRZ-P gebruikt. Hieruit bleek een acceptabel significant verband (Pearson's $r = .72$). Conform de verwachting is gebleken dat alle sub-schalen van de AVVB in lage en acceptabele mate significant samenhangen met de SRZ-P. De resultaten zijn opgenomen in tabel 2. Aansluitend is onderzocht of de AVVB correleert met de WAIS (IV, III) en WISC-III. Deze verbanden bleken niet significant.

Divergente validiteit: De samenhang tussen de AVVB en de aanwezigheid en ernst van psychopathologie is gemeten met de ABCL. De resultaten ($n=19$) bleken niet significant voor zowel de schalen Internaliserende- en Externaliserende problematiek als de totaalscore. Wel werden negatieve correlaties waargenomen ($-.32, p = .18$; $-.17, p = .49$; $-.34, p = .16$). Het ontbreken van een verband tussen de ABCL en AVVB is conform de verwachting en ondersteunt de hypothese dat de AVVB divergente validiteit ten opzichte van de AVVB lijkt te bezitten, echter het aantal cliënten waarvoor dit verband onderzocht kon worden (in verband met ontbrekende ABCL-gegevens) was beperkt ($n=19$).

DISCUSSIE

Met de verandering van classificatiecriteria in de DSM-5 is het noodzakelijk geworden een gevalideerd instrument te ontwikkelen voor het meten van adaptief functioneren bij mensen met zwakbegaafdheid of een (licht) verstandelijke beperking. Om die reden werd de Adaptieve Vragenlijst Verstandelijke Beperking ontworpen. Deze pilotstudie was een eerste aanzet tot het onderzoeken van de validiteit en betrouwbaarheid van de AVVB. De conclusies dienen met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden omdat het onderzoek in slechts één instelling is gedaan en omdat – door uitval van participanten – de uiteindelijke steekproefgrootte kleiner was dan de eerder uitgevoerde poweranalyse vereiste. In de huidige, beperkte steekproef bleek de

TABEL 1. BETROUWBAARHEID VAN DE AVVB SUBSCHALEN

	CRONBACH'S α	ICC (N=33)
Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen	.85 (n=32)	.66*
Huishoudelijke Dagelijkse Levensverrichtingen	.91 (n=27)	.82**
Overig Zelfstandig Functioneren	.93 (n=23)	.77**
Deelname Sociaal Verkeer	.94 (n=29)	.71**
Executieve Functies	.94 (n=32)	.83**
Totaalscore AVVB	.98 (n=18)	.81**

Noot: * $p < .01$; ** $p < .001$

TABEL 2. SAMENHANG TUSSEN SRZ-P EN AVVB SCHALEN

	PEARSON'S r (n=30)
Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen	.55*
Huishoudelijke Dagelijkse Levensverrichtingen	.70**
Overig Zelfstandig Functioneren	.73**
Deelname Sociaal Verkeer	.61**
Executieve Functies	.59*
Totaalscore AVVB	.72**

Noot: * $p < .01$; ** $p < .001$

betrouwbaarheid van de AVVB goed tot uitstekend te zijn. Zowel de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid als de interne consistentie bleken hoog. De betrouwbaarheid van de AVVB werd verder onderbouwd met goede resultaten voor de vijf afzonderlijke sub-schalen. De resultaten impliceren dat scores op de AVVB op een stabiele en consistente wijze tot stand komen. Vervolgonderzoek in meerdere instellingen met een grotere steekproef zou zich onder andere kunnen richten op de vraag of de huidige vijf factoren van de AVVB een valide indeling is, of ook onderverdeeld kan worden in het drie factorenmodel dat de DSM-5 hanteert, waardoor de score op de AVVB makkelijker te vertalen kan zijn naar een DSM-5 classificatie.

Conform de verwachting werd de validiteit van de AVVB onderbouwd met een acceptabele convergente validiteit ten opzichte van de SRZ-P. Dit ondersteunt de hypothese dat er een verband bestaat tussen beide instrumenten en er gedeeltelijk een vergelijkbaar construct gemeten wordt. De gevonden correlatie was niet heel hoog wat kan wijzen op

een wat beperkte validiteit van de AVVB. Dat dit verband niet hoger is, hoeft echter niet ongunstig te zijn voor de AVVB aangezien de test uitgebreider is dan de SRZ-P. Bovendien is rekening gehouden met vaardigheden passend bij deze tijdsgeslacht, zoals het gebruik van sociale media en de omgang met mobiele telefoons. Daarnaast verschillen beide instrumenten in scoringsmogelijkheden. De AVVB biedt met vijfpuntschalen meer mogelijkheden tot antwoorddifferentiatie en daarmee mogelijk ook meer praktisch inzicht in de ondersteuningsbehoeften van een persoon.

In het huidige onderzoek werd een gemiddelde positieve correlatie gevonden tussen de AVVB en intelligentietests, die niet significant bleek. In de huidige pilotstudie werden echter alleen cliënten geïncludeerd uit een instelling voor cliënten met licht verstandelijke beperkingen, waardoor de spreiding van IQ-cijfers beperkt was. Dit zal de kans op het vinden van een correlatie tussen het IQ en de AVVB-uitslagen verminderd hebben. Dit zou verder onderzocht kunnen worden door ook een doelgroep te selecteren met een meer gemiddelde

intelligentie. Ten tweede is er in dit onderzoek voor gekozen om IQ-metingen van zowel de WAIS-III als de WAIS-IV te includeren, wat onder andere door het zogenaamde Flynn-effect, invloed kan hebben gehad op de resultaten van het onderzoek. Echter, tussen de WAIS-III en WAIS-IV is slechts een beperkt Flynn-effect geconstateerd. Uit het normeringsonderzoek van de WAIS-IV (Pearson Assessment & Information, 2012) blijkt dat de score op de WAIS-III gemiddeld 3,3 punten hoger uitkomt, maar dit kan ook veroorzaakt zijn door een hertest-effect omdat de WAIS-III steeds werd afgenomen nadat de WAIS-IV was afgenomen. Ten derde is een IQ-test helaas ook geen gouden standaard. Als verschillende intelligentietests worden afgenomen bij dezelfde persoon is het verschil in een kwart tot de helft van de gevallen tien IQ-punten of meer (Pearson Assessment & Information, 2012; Van Toorn & Bon, 2011). Ten vierde kan het ontbreken van een significante correlatie betekenen dat adaptief functioneren en cognitieve intelligentie toch deels verschillende constructen zijn. Het is niet voor niets dat beide constructen nodig zijn om een verstandelijke beperking te classificeren volgens de richtlijnen van de DSM-5. Mogelijk wordt bij een grotere steekproef, waarbij meer differentiatie bestaat tussen IQ-scores, een significante correlatie gevonden.

De validiteit van de AVVB werd verder onderbouwd aan de hand van de divergente validiteit ten opzichte van de ABCL. Er werd geen significante correlatie gevonden tussen de ABCL en de AVVB, wat impliceert dat psychiatrische problematiek weinig effect lijkt te hebben op het adaptief functioneren, maar deze bevinding was gebaseerd op de gegevens van de AVVB bij een beperkt aantal cliënten. Dit onderzoek werd uitgevoerd in een instelling waar alle participanten naast een verstandelijke beperking ook (co-morbide) psychopathologie en gedragsproblematiek hebben. De aanwezigheid hiervan kan effect hebben gehad op het adaptief functioneren (Didden & Moonen, 2013) en de uitslag vertekend hebben. Door in vervolgonderzoek ook personen te testen zonder co-morbide psychopathologie kan de invloed van psychiatrische problematiek op het adaptief functioneren verder onderzocht worden.

Naast de hierboven beschreven implicaties voor vervolgonderzoek kan de AVVB nu al gebruikt worden om de DSM-5 diagnose van een verstandelijke beperking te ondersteunen. De AVVB vraagt immers de vaardigheidstekorten uit die in de DSM-5 zijn opgenomen als criteria voor een verstandelijke beperking, en dat blijkt met een behoorlijke goede (interbeoordelaars)betrouwbaarheid te kunnen. De inschatting van de ernst van de verstandelijke beperking zal nog moeten gebeuren op basis van een klinische inschatting. Vervolgonderzoek dient zich te richten op het maken van normeringen voor zwakbegaafdheid en (lichte, matige etc.) verstandelijke beperking. De AVVB-score dient dan niet alleen te worden afgezet tegen een intelligentiescore, maar ook tegen de mate van (woon)ondersteuning die een cliënt krijgt. De AVVB kan in de toekomst mogelijk worden gebruikt bij het samenstellen van woon- en dagbestedingsprofielen en als hulpmiddel bij de aanvraag van een woon- of dagbestedingsindicatie. De AVVB kan daarnaast worden gebruikt om begeleiders alerter te maken op vaardigheidstekorten bij hun cliënten omdat cliënten met een LVb makkelijk overschat worden (Ponsioen & Plas, 2014). Hoewel intelligentie zelf niet 'behandeld' kan worden, kan het adaptief functioneren wél verbeterd worden door ontbrekende vaardigheden te trainen.

Door het programma Kwaliteit Forensische Zorg van het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) en het ministerie van WVS is een subsidie toegekend waarmee momenteel in samenwerking met expertisecentrum De Borg een grootschaliger onderzoek wordt uitgevoerd in een aantal behandelinstellingen waarin de psychometrische kwaliteiten van de AVVB verder worden getest.

OVER DE AUTEURS

Sophie Kruisdijk, MSc, is als basispsycholoog werkzaam bij De Forensische Zorgspecialisten. Femke Jponker, MSc, is GZ-psycholoog i.o.t. specialist en werkzaam bij Pro Persona. Dr. Laurette Goedhard is psychiater-manager. Prof. dr. Henk Nijman is bijzonder hoogleeraar Forensische Psychologie en lid van het Behavioural Science Institute van de Radboud Universiteit Nijmegen, en senior onderzoeker bij Fivoor. Correspondentie aangaande dit artikel: skruisdijk@hoevenkliniek.nl.

Als verschillende intelligentietests worden afgenomen bij dezelfde persoon is het verschil in een kwart tot de helft van de gevallen tien IQ-punten of meer

Summary

INTELLECTUAL DISABILITY IN THE DSM-5: THE IMPORTANCY OF ADAPTIVE FUNCTIONING DEVELOPMENT AND TESTING OF THE ADAPTIVE QUESTIONNAIRE INTELLECTUAL DISABILITY (AVVB)
S.H. KRUISDIJK, F.J.R. JONKER, L.E. GOEDHARD & H.L.I. NIJMAN
In the DSM-5 the diagnosis of intellectual

disability is revised from the DSM-IV diagnosis of mental retardation. The diagnosis was based on IQ, whereas in the DSM-5 the severity is based on adaptive functioning. In this context, the researchers developed the *Adaptive Questionnaire Intellectual Disability* (Adaptieve Vragenlijst Verstandelijke Beperking). The inter-rater reliability (IRR) was tested, as well as the convergent and

divergent validity. The IRR of the scales were all significant and can be reviewed good to excellent, the IRR of the total score was significant and excellent. As expected, we found a fair convergent validity and no significant correlation for the divergent validity. The first results indicate that the AVVB might be a reliable and valid instrument to measure adaptive functioning.

Literatuur

- Achenbach, T.M. & Rescorla, L.A. (2003). *Manual for the ASEBA Adult Forms & Profiles*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- American Psychiatric Association (2006). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR* (3rd ed.). Amsterdam: Pearson.
- American Psychiatric Association (2013). *Belangrijkste wijzigingen van DSM-IV naar DSM-V*. Amsterdam: Boom.
- American Psychiatric Association (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5)*. Amsterdam: Boom.
- Beall, N. (2003). Utility of the Vineland Adaptive Behavior Scales in diagnosis and research with adults who have mental retardation. *Mental Retardation*, 41, 286-289.
- Bruijn, J., Buntinx, W. & Twint, B. (2014). *Verstandelijke beperking: definitie en context*. Amsterdam: SWP.
- Cicchetti, D.V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, 6, 284-290.
- Didden, R. & Moonen, X. (2013). *Met het oog op behandeling: Effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een licht verstandelijke beperking*. Den Dolder: Expertisecentrum de Borg.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS*. London, United Kingdom: Sage Publications Ltd.
- Kaal, H.L., Nijman, H.L.I. & Moonen, X.M.H. (2015). Identifying offenders with an intellectual disability in detention in the Netherlands. *Journal of Intellectual Disabilities and Offending Behavior*, 6, 94-101.
- Kaal, H.L. (2016). *Prevalentie licht verstandelijke beperking in het justitiedomein*. Leiden: Hogeschool Leiden.
- Kaldenbach, Y. (2015). *De verstandelijke beperking (verstandelijke ontwikkelingsstoornis) in de DSM-5*. Amsterdam: Boom.
- Kraijer, D.W. & Kema, G.N. (1994). *Sociale redzaamheidsschaal voor zwakzinnigen van hoger niveau: handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Kraijer, D.W., Kema, G.N. & Bildt, A.A., de (2004). *SRZ en SRZ-i sociale redzaamheidsschalen: handleiding*. Lisse: Swets Test Publishers.
- Luteijn, F., Barelids, D.P.H., Arrindell, W.A., Deelman, B.G., Kamphuis, J.H. & Vertommen, H. (2011). *Psychologische diagnostiek in de gezondheidszorg*. Den Haag: Boom Lemma.
- Murray, A., McKenzie, K. & Murray, G. (2014). To what extent does impact on conceptual, practical and social adaptive functioning in clinically referred children? *Journal of Intellectual Disability*, 58, 777-785.
- Must, O., Nijenhuis, J., Must, A., Vianen, A. van (2009). Comparability of IQ scores over time. *Intelligence*, 37, 25-33.
- Nieuwenhuis, J.G., Noorthoorn, E.O., Nijman, H.L.I., Naarding, P. & Mulder, C.L. (2017). A blind spot? Screening for mild intellectual disability and borderline intellectual functioning in admitted psychiatric patients: prevalence and associations with coercive measures. *Plos one*, 2, doi:10.1371/journal.pone.0168847.
- Palmen, A. & Didden, R. (2008). Aanleren en begeleiden van praktische vaardigheden bij jongeren met ASS: een rangorde in hulpmiddelen. *Begeleiding van kinderen en jongeren met autisme*, 176-187.
- Pearson Assessment & Information (2012). *WAIS-IV-NL; psychometrische eigenschappen* (pp. 14-15). Amsterdam: Pearson Assessment & Information B.V.
- Ponsioen, A., & Plas, J. (2014). Verstandelijke beperking. In P.J.M. Prins, & C. Braet (Ed.), *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie* (pp. 395 - 415). Amsterdam, Netherlands: Boom.
- Schalock, R.L., Borthwick-Duffy, S.A., Bradley, V.J., Buntinx, W.H.E., Coulter, Craig, E.M. ... Yeager, M.H. (2010). *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports*. Washington, United States: AAIDD.
- Sparrow, S.S., Balla D. A., & Cicchetti, D. (1984). *Vineland Adaptive Behavior Scales*. Circle Pines, Minnesota, United States: American Guidance Service.
- Tassé M.J., Schalock R.L., Balboni G., Bersani H. Jr., Borthwick-Duffy, S.A. et al. (2012). The construct of adaptive behavior: its conceptualization, measurement, and use in the field of intellectual disability. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities* 117, 291-303.
- Teneij, N.H. & Koot, H. (2007). A preliminary investigation into the utility of the Adult Behavior Checklist in the assessment of psychopathology in people with low IQ. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20, 391-400.
- Toorn, B. van & Bon, C. (2011). De onbetrouwbaarheid van de IQ-meting. *De Psycholoog*, 46, 44-49.
- Wechsler, D. (2012). *Wechsler Adult Intelligence Scale IV-NL*. Amsterdam: Pearson.
- White, I.R., Royston, P. & Wood, A.M. (2010). Multiple Imputation using chained equations: Issues and guidance for practice. *Statistics in Medicine*. doi: 10.1002/sim.4067

Bent u accuraat, analytisch en heeft u oog voor detail?

De sectie GGZ van het NIP zoekt per direct een enthousiaste kandidaat met een kritische blik en interesse in financiële processen voor de functie van:

Penningmeester sectie GGZ NIP

Een mooie kans om direct betrokken te zijn bij nieuwe ontwikkelingen in het werkveld en deel uit te maken van een actief, gezellig en effectief bestuur.

Beoogde taken:

- In samenwerking met het NIP-bureau de sectiebegroting opstellen;
- Aanwezig bij de sectie bestuursvergadering (10x per jaar in Utrecht);
- Deelnemen aan de NIP-brede penningmeester overleggen (2x per jaar in Utrecht);
- 1x per jaar de financiële stand van zaken presenteren aan de achterban;
- Het ontwikkelen van het strategisch beleid en financiële beleid samen met de andere sectiebestuursleden, en het bewaken van de voortgang ervan.

Wat bieden wij u:

In de beschreven functie kunt u uw netwerk en uw beleidsbeïnvloeding vergroten in een bestuurlijk interessante omgeving. U wordt als penningmeester ondersteund door medebestuurleden en medewerkers van het NIP bureau. De functie is op vrijwillige basis. Er is een reiskostenvergoeding en een vacatievergoeding van 50 euro per vergadering.

Will u uw expertise gebruiken om uw beroepsgroep verder te helpen, maar liever op een andere manier? Kijk dan op www.psynip.nl/sectieggz voor de overige vrijgekomen plekken binnen het bestuur of mail naar sectieggz@psynip.nl voor de mogelijkheden.

Kijk voor de volledige vacaturetekst op www.psynip.nl/ggz

U kunt voor meer informatie contact opnemen via sectieggz@psynip.nl



APANTA-ACADEMY: NÉT EVEN ANDERS



Emotion Focused Therapy (EFT) to inzicht

UNESCO EFT-methode
geïntroduceerd
door genotiesgros

EFT Level I - 20 oktober t/m 2 november 2018

EFT Level II - start 19 februari @ 2 x 3 dagen

Empathy & Empathic Attunement
- 19 t/m 21 mei 2018

Masterclasses 2019

Lieve te volgen

EFT for Complex Trauma - 16 & 18 maart

Focusing

• woensd: 18 & 17 april

• vrijdag: 20 & 21 september

EFT for Social Anxiety - 2 & 7 juni

Persoonsgerichte Experimenterende Psychotherapie

WIP-oriënt

Basisonderwijs - start januari t/m juni 2019

Vooropleiding - start in september

De bij- en nascholing van Apanta-academy staat in het teken van het persoonsgerichte, experimenterende gerichtsgedrag: niet de theorie, maar de unieke persoon en zijn beleving staan centraal.

www.apanta-academy.nl