

Onderzoek naar de relatie tussen persoonlijkheidsstoornissen en autismespectrumstoornissen

Kathleen Michiels, Nele Van Geit, Christiaan Schotte

SAMENVATTING

Achtergrond: De relatie tussen autismespectrumstoornissen (ASS) en persoonlijkheidsstoornissen is onduidelijk. De huidige studie heeft als doel de aanwezigheid van maladaptieve persoonlijkheidstrekken bij mannen met een ASS te onderzoeken en die te vergelijken met een psychiatrische en een niet-klinische Vlaamse controlegroep.

Methode: Individuen gediagnosticeerd met een ASS werden gescreend op de aanwezigheid van DSM-5-persoonlijkheidsstoornissen aan de hand van de *Assessment of DSM-IV Personality Disorders* (ADP-IV)-vragenlijst. De ernst van autistische trekken werd beoordeeld aan de hand van de *Autism Spectrum Quotiënt* (AQ)-vragenlijst.

Resultaten: De prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen bedraagt 63,64% in de ASS-groep, 60% in de psychiatrische groep en 23,63% in de Vlaamse controlegroep. De belangrijkste verschillen die tussen de psychiatrische en de ASS-groep worden gevonden, betreffen de schizoïde, de vermijdende en de dwangmatige persoonlijkheidsstoornis.

Conclusie: Hoewel er een belangrijke overlap is in de symptomatologie tussen ASS en persoonlijkheidsstoornissen, worden de bevindingen genuanceerd en implicaties voor diagnostiek en behandeling besproken.

Inleiding

Autismespectrumstoornissen (ASS) bij jongeren zijn ons allen bekend, maar over het voorkomen van die stoornis op volwassen leeftijd weten we relatief weinig. In de vijfde editie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) spreekt men van een autismespectrumstoornis wanneer er aanhoudende beperkingen in de sociale interactie en de communicatie zijn en dit op meerdere domeinen van het functioneren, en wanneer er beperkte, repetitieve gedragspatronen en/of interesses voorkomen (American Psychiatric Association [APA], 2013). Daarnaast kenmerken personen met ASS zich door bijzonderheden in de informatieverwerking. Die bijzonderheden zijn aanvullend als er op gedragsniveau sprake is van een ASS en niet andersom. Mensen met ASS vertonen in meer of mindere mate tekortko-

mingen in *theory of mind*, centrale coherentie en executief functioneren. Volgens de *theory of mind* hebben mensen met ASS moeite om in te schatten wat zijzelf en andere mensen voelen, denken en bedoelen (Baron-Cohen, Leslie, & Frith, 1985). Centrale coherentie is het vermogen om informatie globaal en vanuit de context te verwerken (Frith, 1989). Executieve functies, zoals planning en mentale flexibiliteit, zijn probleemoplossende cognitieve vaardigheden in situaties waarin men niet terug kan vallen op routinematig gedrag; ze zijn betrokken bij het initiëren, uitvoeren, inhiberen en evalueren van gedragingen (Hill, 2004). Bovendien is er evidentie voor de comorbiditeit van ASS en depressie, angst, dwang, psychose en meerdere persoonlijkheidsstoornissen (Geurts, Deprey, & Ozonoff, 2010). Autisme is zeer variabel in zijn expressie naargelang leeftijd, intelligentie en ontwikkelingsfase. Bijgevolg is de grens tussen een ASS en een andere psychiatrische stoornis vaak onduidelijk en is er dikwijls sprake van overlappende kenmerken (Kan, Verbeecq, & Bartels, 2012).

In de DSM-5 (APA, 2013) wordt een persoonlijkheidsstoornis beschreven als “een duurzaam patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen dat duidelijk afwijkt van de verwachtingen binnen de cultuur van de betrokkene, dat pervasief en inflexibel is, begint in de adolescentie of jongvolwassenheid, stabiel is over de tijd en dat leidt tot disfunctioneren”. Recente epidemiologische studies tonen aan dat de aanwezigheid van psychiatrische comorbiditeit bij volwassenen met een ASS eerder regel dan uitzondering is. De dwangmatige, de vermijdende en de schizoïde persoonlijkheidsstoornissen vertonen de grootste overlap met het autismespectrum (Anckarsäter et al., 2006; Hofvander et al., 2009; Van der Sijde, 2009).

Met het huidige onderzoek willen we aan de hand van de *Assessment of DSM-IV Personality Disorders (ADP-IV)*-vragenlijst nagaan wat de relatie is tussen ASS en de DSM-5-persoonlijkheidsstoornissen. Het onderzoek staat op één lijn met de studies van Anckarsäter et al. (2006), Hofvander et al. (2009) en Lugnegård, Hallerbäck, en Gillberg (2011), die aantonen dat een ASS frequent gepaard gaat met een dwangmatige, een schizoïde en een vermijdende persoonlijkheidsstoornis. In de huidige studie worden drie steekproeven van volwassen mannen vergeleken: een ASS-groep, een psychiatrische groep en een Vlaamse controlegroep. Op basis van eerder onderzoek verwachten wij persoonlijkheidsstoornissen in een hogere frequentie aan te treffen in de ASS-groep dan in de niet-klinische Vlaamse controlegroep. We verwachten ook dat (trekken van) schizoïde, vermijdende en dwangmatige persoonlijkheidsstoornissen in de ASS-groep meer voorkomen dan in de psychiatrische groep.

Methode

Deelnemers

De onderzoekspopulatie omvat drie steekproeven. De ASS-groep bestaat uit 55 mannen in de leeftijd van 18 tot 54 jaar ($M = 33,9$; $SD = 9,6$). Allen kregen een ASS-diagnose na het doorlopen van een multidisciplinair diagnostisch traject volgens een klinische *Longitudinal, Expert, All Data (LEAD)*-procedure (Aboraya, France, Young, Curci, & LePage, 2005; Spitzer, 1983) in het Expertisecentrum voor Volwassenen met een Ontwikkelingsstoornis (EVO) van het Universitair Ziekenhuis (UZ) Brussel. Gezien de onderrapportage van ASS bij vrouwen

en om de homogeniteit van de steekproef te bevorderen, werd de ASS-steekproef beperkt tot mannelijke deelnemers.

Een psychiatrische groep en een Vlaamse controlegroep werden afgestemd op de ASS-groep aan de hand van data afkomstig uit een database met ADP-IV-gegevens van een groep psychiatrische patiënten ($n = 1.029$) en van een gestratificeerde steekproef uit de Vlaamse algemene populatie ($n = 629$; Schotte, De Doncker, Vankerckhoven, Vertommen, & Cosyns, 1998). Aan de hand van een matchingprocedure met de ASS-patiënten werden de individuen voor de controlegroepen geselecteerd op basis van leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, gezinssamenstelling en opleidingsniveau (zie tabel 1).

Instrumentarium en materiaal

Alle deelnemers vulden de ADP-IV-vragenlijst in. De deelnemers uit de ASS-groep vulden ook de Autism Spectrum Quotient (AQ)-vragenlijst in.

De ADP-IV is een zelfrapportagevragenlijst, ontwikkeld door Schotte en De Doncker (2000), die een aantal persoonlijkheidskenmerken of karaktertrekken meet. De ADP-IV bestaat uit 94 vragen, die de 80 criteria van de 10 DSM-5-persoonlijkheidsstoornissen weergeven alsook de 14 onderzoekscriteria van de depressieve en passief-agressieve persoonlijkheidsstoornis zoals beschreven in de DSM-IV-TR. Deze vragenlijst sluit nauw aan bij de conceptualisatie van de DSM-5 Sectie II-persoonlijkheidsstoornissen door zowel de mate van aanwezigheid van het criterium (*trait*-vragen) als de mate van leed en disfunctioneren (*distress*-vragen) in beschouwing te nemen. De ADP-IV laat zowel een categoriale als een dimensionale beoordeling toe. De dimensionale beoordeling van de DSM-5-persoonlijkheidsstoornissen wordt verkregen door sommatie van de *trait*-scores voor de twaalf persoonlijkheidsstoornissen, de drie DSM-5-clusters en de totaalscore. De totaalscore wordt beschouwd als een index van globaal persoonlijkheidsdisfunctioneren (Schotte & De Doncker, 2000; Schotte, De Doncker, & Courjaret, 2007; Schotte et al., 1998). Voor de interpretatie van de dimensionale scores maakt men gebruik van normen voor de algemene Vlaamse populatie ($n = 659$). De categoriale diagnostiek van de DSM-5-criteria wordt verkregen door de *trait*- en *distress*-scores te combineren met behulp van verschillende scoringsalgoritmen. Bij een eerste algoritme wordt een item positief/pathologisch gescoord enkel en alleen bij zowel een *trait*-score van 5 (eerder eens), 6 (eens) of 7 (helemaal eens) als een *distress*-score van 2 (enigszins) of 3 (zeer zeker). Dat algoritme wordt voorgesteld door de formule $T > 4$ & $D > 1$. Sommatie van het aantal criteria levert de zogenaamde pseudodimensionale schalen op voor de twaalf persoonlijkheidsstoornissen, de drie DSM-5-clusters en de totaalscore. Die schalen geven een beeld van de mate waarin een individu gelijkens vertoont met het prototype van de desbetreffende categorie.

De AQ-vragenlijst voor volwassenen, ontwikkeld door Baron-Cohen, Wheelwright, Skinner, Martin, en Clubley (2001), is een korte zelfrapportagevragenlijst bestaande uit 50 vragen die de mate meet waarin een normaal begaafd individu trekken vertoont van een ASS. De 50 vragen van de AQ-vragenlijst bestaan uit items die peilen naar sociale interactievaardigheden en communicatie, aandacht en mentale flexibiliteit, detailgerichtheid en verbeeldingsvermogen. Elke vraag kan beantwoord worden met 'helemaal akkoord', 'akkoord', 'niet akkoord' en 'helemaal niet akkoord' naargelang een individu het beschreven gedrag van toepassing acht. Elk item krijgt de score 1 als de respondent het afwijkende gedrag in milde of sterke

mate vertoont. We hanteren in deze studie een cut-offscore van 26, zoals aanbevolen wordt door Baron-Cohen et al. (2001). Uit eerder onderzoek is gebleken dat 83% van de mensen met een AQ-score vanaf 26 of hoger correct geclassificeerd wordt als ASS (Woodbury-Smith, Robinson, Wheelwright, & Baron-Cohen, 2005). Hierbij dient opgemerkt te worden dat de AQ-score op zich geen diagnostische waarde heeft, maar kan dienen als een nuttige maat voor de ernst van ASS-kenmerken binnen een volwassen, normaal begaafde populatie.

Procedure

Mensen die zich aanmeldden bij het EVO van het UZ Brussel, werden klinisch onderzocht op de aanwezigheid van ASS en/of ADHD. Zij werden naar het centrum doorverwezen door externe hulpverleners of instanties op basis van een vermoeden van ASS. Het multidisciplinair onderzoek bestond uit een psychiatrisch én een psychologisch gedeelte met inclusie van ontwikkelings- en heteroanamnestische gegevens (via ouders en/of partner), onderzoek naar intelligentie, *theory of mind*, centrale coherentie en executief functioneren, alsook onderzoek naar emotiebeleving, emotieregulatie en comorbiditeit. Deze diagnostische strategie stemt overeen met een LEAD-procedure (Aboraya et al., 2005). Het LEAD-acroniem verwijst naar het longitudinaal en systematisch verzamelen van informatie uit verschillende bronnen om tot een diagnose en indicatiestelling te komen (Spitzer, 1983). Het invullen van de ADP-IV-vragenlijst maakt standaard deel uit van het multidisciplinair onderzoek.

Na anonimisering werden alle gegevens in een elektronisch databestand ingevoerd. Vervolgens werden de dimensionale en categoriale ADP-IV-data van de drie groepen berekend en vergeleken met behulp van Statistica 5.1 en SPSS 20.0. De vergelijking gebeurde zowel op categoriaal als dimensionaal niveau.

Statistische analyse

Om na te gaan of de drie groepen statistisch significant van elkaar verschillen, werd er een *multivariate analysis of variance* (MANOVA) uitgevoerd met de drie groepen als onafhankelijke variabele en de twaalf dimensionale persoonlijkheidsschalen als afhankelijke variabelen. Om te verifiëren welke groepen paarsgewijs van elkaar verschillen, worden *Scheffé post hoc*-tests uitgevoerd. In dit onderzoek werd het $T > 4$ en $D > 1$ scoringsalgoritme gebruikt om de categoriale diagnoses te bepalen en werd zo tegemoetgekomen aan de lage prevalenties van categoriale diagnoses in de niet-klinische Vlaamse controlegroep. Het verband tussen de prevalenties van de twaalf persoonlijkheidsstoornissen en de drie groepen werd onderzocht met behulp van Pearsons chi-kwadraattoets (X^2).

Onderzoeksresultaten

Demografische gegevens

Tabel 1 beschrijft de demografische gegevens van de 165 mannelijke subjecten. Er worden geen significante verschillen gevonden tussen de groepen op het vlak van de demografische variabelen. Hieruit kan men besluiten dat de matchingprocedure geslaagd is. De drie groe-

pen bestaan voornamelijk uit personen die ongehuwd zijn, een eigen gezin hebben en een relatief hoge opleiding hebben genoten. De gemiddelde leeftijd bedraagt ongeveer 34 jaar.

[Tabel 1] Demografische karakteristieken van de Vlaamse, psychiatrische en ASS-groepen.

Groepen	Niet-klinische controlegroep	Psychiatrisch	ASS	Statistische analyse
Aantal subjecten	55	55	55	
Gemiddelde leeftijd (SD)	34 (9,7)	34,1 (9,7)	33,9 (9,6)	ANOVA
Hoogst behaalde diploma				F(2,162) = 0,003; p = 0,99
Lager middelbaar onderwijs	12,73%	12,73%	12,73%	Pearsons chi-kwadraattoets
Hoger middelbaar onderwijs	43,64%	36,36%	38,18%	X ² (df = 4) = 0,73; p = 0,95
Hogeschool/universitair	43,64%	50,91%	49,09%	
Leefsituatie				Pearsons chi-kwadraattoets
Ouderlijk gezin	32,73%	25,49%	30,91%	X ² (df = 4) = 4,76; p = 0,31
Eigen gezin	49,09%	45,10%	34,55%	
Alleen	18,18%	29,41%	34,55%	
Burgerlijke staat				Pearsons chi-kwadraattoets
Ongehuwd	45,45%	54,55%	52,73%	X ² (df = 4) = 1,74; p = 0,78
Gehuwd/samenwonend	49,09%	43,64%	43,64%	
Gescheiden	5,45%	1,82%	3,64%	

AQ-score

Binnen de ASS-groep werd voor elk individu de AQ-score berekend (M = 28,45; SD = 7,56; range 13-46). Eén individu behaalde een score onder de cut-offwaarde, maar werd op basis van een multidisciplinaire, klinische beoordeling van experts van het EVO (LEAD-procedure) toch in de ASS-steekproef opgenomen.

Dimensionale ADP-IV-scores

Een MANOVA werd uitgevoerd om de verschillen tussen de drie groepen na te gaan op de dimensionale schalen van de twaalf dimensionale persoonlijkheidsstoornissen. De resulterende multivariate ratio [R(24,284) = 4,54; p < 0,001] was significant en wijst dus op een algemeen significant verschil tussen de diagnostische groepen.

Tabel 2 geeft de resultaten weer van de individuele *one-way analysis of variance* (ANOVA) en *Scheffé post hoc*-tests en kijkt daarbij dus naar de verschillen tussen de drie groepen op de dimensionale *trait*-schalen.

Deze tests tonen, behalve voor de schizoïde en de vermijdende dimensionale *trait*-schalen, geen significante verschillen aan tussen de psychiatrische en de ASS-groep.

[Tabel 2] Resultaten van de ANOVA en *Scheffé post hoc*-tests bij de dimensionale *trait*-schalen van de ADP-IV.

		Groepen			ANOVA	
		Niet- klinische controlegroep	Psychiatrisch	ASS	F	p
PAR	Gemiddelde	17,38	21,82	21,09	F(2,162) = 6,44	0,0020
	SD	6,4	7,42	7		
	Index	B,C	A	A		
SZ	Gemiddelde	15,49	18,91	23,02	F(2,162) = 18,54	< 0,001
	SD	5,4	6,51	7,41		
	Index	B,C	A,C	A,B		
ST	Gemiddelde	19,13	27,5	29,16	F(2,160) = 22,26	< 0,001
	SD	7,16	9,75	8,07		
	Index	B,C	A	A		
AS	Gemiddelde	12,93	18,02	17,71	F(2,162) = 11,91	< 0,001
	SD	4,51	6,14	7,4		
	Index	B,C	A	A		
BDL	Gemiddelde	24,19	36,31	34,89	F(2,161) = 24,74	< 0,001
	SD	8,15	11,04	10,03		
	Index	B,C	A	A		
HIS	Gemiddelde	18,15	23,4	23,51	F(2,161) = 10,02	< 0,001
	SD	6,08	8,45	6,63		
	Index	B,C	A	A		
NAR	Gemiddelde	20,22	23,43	24,35	F(2,161) = 4,44	0,0132
	SD	6,64	8,63	7,47		
	Index	C	/	A		
AV	Gemiddelde	18,22	24,58	28,82	F(2,161) = 19,88	< 0,001
	SD	8,71	9,80	7,86		
	Index	B,C	A,C	A,B		
DEP	Gemiddelde	17,53	25,21	26,49	F(2,158) = 19,58	< 0,001
	SD	7,11	9,36	7,41		
	Index	B,C	A	A		
O-C	Gemiddelde	24,22	27,96	31,05	F(2,162) = 10,75	< 0,001
	SD	7,30	8,65	7,19		
	Index	B,C	A	A		
CLA	Gemiddelde	52,04	67,96	73,27	F(2,160) = 20,25	< 0,001
	SD	15,94	19,84	18,29		
	Index	B,C	A	A		
CLB	Gemiddelde	75,44	101,37	100,45	F(2,160) = 19,43	< 0,001
	SD	20,36	27,67	25,08		
	Index	B,C	A	A		
CLC	Gemiddelde	59,19	77,75	86,36	F(2,157) = 23,48	< 0,001
	SD	19,95	24,41	17,84		
	Index	B,C	A	A		
TOT	Gemiddelde	186,31	247,04	260,09	F(2,154) = 26,82	< 0,001
	SD	48,77	61,45	53,69		
	Index	B,C	A	A		

Opmerking: PAR: Paranoïde, SZ: Schizoïde, ST: Schizotypisch, AS: Antisociaal, BDL: Borderline, HIS: Histrionisch, NAR: Narcistisch, AV: Vermijdend, DEP: Afhankelijk, O-C: Dwangmatig, CLA: Cluster A, CLB: Cluster B, CLC: Cluster C, TOT: som van CLA, CLB en CLC. 'Index' toont de resultaten van de *Scheffé post hoc*-tests, waarbij A: significant verschillend van de Vlaamse groep, B: significant verschillend van de psychiatrische groep en C: significant verschillend van de ASS-groep.

Categoriale diagnoses

Tabel 3 toont de prevalentie van de DSM-5-diagnoses voor het scoringsalgoritme $T > 4$ en $D > 1$ voor de drie groepen. Zoals verwacht, vinden we een beduidend hoger aantal categoriale ADP-IV-diagnoses in zowel de psychiatrische als ASS-groep in vergelijking met de niet-klinische Vlaamse controlegroep. Op categoriaal diagnostisch vlak worden er geen significante verschillen gevonden tussen de psychiatrische en de ASS-groep.

[Tabel 3] DSM-5-diagnoses volgens ADP-IV.

Diagnose	Groepen			X ²	
	Niet-klinische controlegroep	Psychiatrisch	ASS	X ²	p
PAR	1,82%	12,73%	5,45%		
SZ	0	1,82%	9,09%		
ST	1,82%	7,27%	9,09%		
AS	0	1,82%	0		
BDL	3,64%	36,36%	25,45%		
HIS	3,64%	10,91%	1,82%		
NAR	1,82%	3,64%	0		
AV	14,55%	27,27%	32,73%	5,13	0,077
Index	C		A		
DEP	1,82%	12,73%	9,09%		
O-C	9,09%	21,82%	23,64%	4,64	0,098
Index	C		A		
CLA	3,64%	16,36%	20%		
CLB	5,45%	40%	25,45%		
CLC	20%	34,55%	49,09%	10,29	0,006
Index	C		A		
ANY	23,64%	60%	63,64%	21,53	<0,001
Index	B,C	A	A		

Opmerking: PAR: Paranoïde, SZ: Schizoïde, ST: Schizotypisch, AS: Antisociaal, BDL: Borderline, HIS: Histronisch, NAR: Narcistisch, AV: Vermijdend, DEP: Afhankelijk, O-C: Dwangmatig, CLA: Cluster A, CLB: Cluster B, CLC: Cluster C, TOT: som van CLA, CLB en CLC. 'Index' representeert de resultaten van Pearsons chi-kwadraattoets (χ^2) ter exploratie van de verschillen tussen de diagnostische groepen, waarbij A: significant verschillend van de Vlaamse groep, B: significant verschillend van de psychiatrische groep en C: significant verschillend van de ASS groep. χ^2 -waarden worden vermeld bij $n > 5$.

Discussie

In de huidige studie werd de relatie tussen DSM-5-persoonlijkheidsstoornissen en ASS onderzocht aan de hand van de ADP-IV-vragenlijst in een groep van 55 mannen met een ASS en een psychiatrische respectievelijk niet-klinische, Vlaamse controlegroep.

De resultaten tonen aan dat in de ASS-groep, in vergelijking met de niet-klinische, Vlaamse controlegroep, de prevalentie van de vermijdende en de dwangmatige persoonlijkheidsstoornis op categoriaal niveau significant hoger is. Dimensionaal worden er op elk niveau significant hogere schaalscores geobserveerd in de ASS-groep.

Een vergelijking tussen de psychiatrische en de ASS-groep toont enkel significante verschillen op dimensionaal niveau, namelijk een significant verschil in de dimensionale scores van de schizoïde en de vermijdende persoonlijkheidsstoornis in de ASS-groep. Op categoriaal niveau wordt er een hogere prevalentie geobserveerd in de ASS-groep voor de dwangmatige, schizoïde en schizotypische persoonlijkheidsstoornis.

Het huidige onderzoek toont aan dat trekken van de schizoïde, de vermijdende en de dwangmatige persoonlijkheidsstoornis vaak voorkomen in een mannelijke ASS-groep. In de volgende paragrafen gaan we nader in op de overlap tussen deze persoonlijkheidsstoornissen en de ASS.

ASS versus de schizoïde persoonlijkheidsstoornis

Enkele karakteristieken van een schizoïde persoonlijkheidsstoornis hangen nauw samen met het beeld dat we waarnemen bij een ASS (Lugnegård et al., 2011; Tantam, 1988). Beide worden immers gekenmerkt door beperkingen op het vlak van aandachtsfuncties en sociale interactie. Het meest heldere verschil tussen beide is het leeftijds criterium: een ASS is zo goed als aangeboren, een schizoïde persoonlijkheidsstoornis manifesteert zich in de jongvolwassenheid. Daarnaast zouden personen met een ASS op jonge leeftijd een vertraging en/of bijzonderheden in de ontwikkeling (taal, motoriek, sociale responsiviteit...) vertonen die op die leeftijd niet geobserveerd worden bij mensen met een schizoïde persoonlijkheidsstoornis. Schizoïde mensen hebben de neiging zich actief te onthechten van hun binnenwereld. Dat gedrag kan een sterkere impact hebben op de omgeving dan het gedrag dat meestal geobserveerd wordt bij een ASS. Volgens Nichols (2013) is het primaire verschil tussen beide stoornissen de apathische onverschilligheid bij de schizoïde persoonlijkheidsstoornis. Mensen met een schizoïde persoonlijkheidsstoornis ontbreekt het aan de behoefte tot het aangaan van verbindingen met anderen, terwijl bij de meeste mensen met ASS die behoefte onderliggend wel aanwezig is, maar door hun sociale, communicatieve en cognitieve beperkingen slagen zij er niet of moeilijk in die behoefte te vervullen.

ASS versus de vermijdende persoonlijkheidsstoornis

Ook het onderscheid tussen een vermijdende persoonlijkheidsstoornis en een ASS is lastig: onderzoek naar de differentiatie tussen beide stoornissen levert immers tegenstrijdige bevindingen op. Het fundamentele, theoretische onderscheid is volgens Rettew (2006) dat personen met een vermijdende persoonlijkheidsstoornis verlangen naar sociaal contact, maar bang zijn om het daadwerkelijk op te zoeken. Individuen met een ASS zouden minder intrinsiek gemotiveerd zijn om sociale contacten aan te gaan, waardoor interacties vaker een instrumenteel karakter hebben. Echter, in de klinische praktijk observeren we dat de meerderheid van de mensen met een ASS juist wel op zoek is naar en belang hecht aan sociaal contact maar dat zij, zoals hierboven beschreven, er moeilijk in slagen om dat te bewerkstelligen. Bij beide stoornissen is er immers een gevoeligheid voor sociale beoordeling. Door sociale angst en ongemak vermijden ook mensen met een ASS situaties die een mogelijke beoordeling inhouden. De manier waarop individuen op sociale cues reageren, kan volgens Lugnegård et al. (2011) meer helderheid scheppen in dit differentiaaldiagnostische probleem: personen met een ASS hebben moeite met het correct lezen en interpreteren van sociale cues

binnen een bepaalde context, terwijl personen met een vermijdende persoonlijkheidsstoornis hier eerder overgevoelig voor zijn. Daarnaast stellen deze onderzoekers dat het vermijdende gedrag dat personen met een ASS vertonen, eerder beschouwd kan worden als een gevolg van hun beperkte sociale vaardigheden en een verstoorde *theory of mind*. Zij vinden het moeilijk om menselijk gedrag te voorspellen en misverstanden in het verleden hebben geleid tot de ontwikkeling van sociale angsten, die via vermijding gehanteerd worden.

ASS versus de dwangmatige persoonlijkheidsstoornis

De criteria van een dwangmatige persoonlijkheidsstoornis tonen een descriptief symptomatische overlap met de criteria van een ASS. Beide worden gekenmerkt door angst voor het onbekende, het onvoorspelbare, een uitgesproken rigiditeit in denken en handelen, een pervasief perfectionisme, weerstand tegen verandering, verzameldrang. Die kenmerken worden door beide groepen als egosyntoon ervaren, met andere woorden: het maakt deel uit van wie ze zijn en hoe ze in het leven staan. Wel relevant is het onderscheid met de obsessieve-compulsieve stoornis, waarbij de obsessies (angstige gedachten) en compulsies (neutraliseren van angstige gedachten door het uitvoeren van bepaalde handelingen) als egodystoon worden ervaren, terwijl bij mensen met een ASS er ook vaak sprake is van comorbide dwangfenomenen, maar die hebben dan dikwijls dezelfde functie als stereotypieën: ze zijn namelijk louter stress- en emotieregulerend (Schuurman & Shibolet, 2011; Spek, 2013). Als we stilstaan bij het onderscheid tussen de dwangmatige persoonlijkheidsstoornis en ASS, dan zijn de volgende kenmerken onderscheidend voor de laatste groep: het letterlijk nemen van taal en concreet taalgebruik, beperkingen in non-verbale communicatie en het voorkomen van specifieke sensorische onder- of overgevoeligheden (Spek, 2013).

Beperkingen van het onderzoek

Het onderzoek bevat een aantal beperkingen. Allereerst zijn de onderzochte groepen relatief klein. Dat beperkt zowel de statistische kracht als de generaliseerbaarheid van de resultaten. In de huidige studie werd de aanwezigheid van autistische trekken en andere klinische syndromen niet onderzocht in de controlegroepen. Bijgevolg is het niet uit te sluiten dat die aanwezig zijn in deze groepen. Ook werd enkel gebruik gemaakt van zelfrapportagevragenlijsten. Echter, moeilijkheden op het vlak van mentaliserend vermogen en zelfinzicht bij personen met een ASS kunnen van invloed zijn op de wijze waarop de vragenlijsten worden ingevuld. Tot slot zal de samenstelling van de bij dit onderzoek betrokken groepen, die enkel uit mannen bestaan, ongetwijfeld een effect hebben op het voorkomen van persoonlijkheidsstoornissen.

Klinische relevantie van de onderzoeksresultaten

Ondanks de beperkingen van deze studie zijn de gevonden relaties van belang. Meer bepaald zien we zowel in dit als in eerder onderzoek dat mannen met een ASS tenderen naar een persoonlijkheidsprofiel dat voornamelijk gekenmerkt wordt door trekken van de schizoïde,

de vermijdende en de dwangmatige persoonlijkheidsstoornis. Of sociale moeilijkheden eerder van vermijdende of schizoïde aard zijn of passen bij een ASS, is enerzijds van belang voor diagnostiek, behandeling en prognose; anderzijds is het mogelijk dat een comorbide persoonlijkheidsstoornis geen relevante informatie toevoegt. Klinische ervaring met de doelgroep, een grondige ontwikkelingsanamnese en uitgebreide kennis over ASS fungeren als steunpilaren voor de toekomstige diagnostiek (Lugnegård et al., 2011). Ook voor de behandeling van mensen met een ASS is dit en eerder onderzoek van belang. Inzichtgevende psychotherapeutische behandelvormen hebben hun nut bewezen bij een aantal persoonlijkheidsstoornissen, maar worden, vanwege het risico op overspoeling en psychische decompensatie wanneer er te veel een beroep gedaan wordt op introspectie en emotionele beleving, liever vermeden bij ASS. De meer directieve en cognitief-gedragsmatige behandelvormen lijken voor deze laatste meer geschikt te zijn, mits rekening wordt gehouden met de specifieke informatieverwerkingsstijl. Onderzoek rond *Mindfulness en Acceptance and Commitment Therapy* bij ASS is eveneens veelbelovend (Mol, Van Riel, & Beetsma, 2014; Spek, 2010).

Een ‘anti-vriendelijke houding’, door het aanbieden van structuur, een mentaliserende houding en concrete, visueel ondersteunde en directe communicatie, wordt sterk aanbevolen bij mensen met ASS (Schuurman, Blijd-Hoogewys, & Gevers, 2013). Het is niet bekend op welke wijze persoonlijkheidstrekken en ASS elkaar beïnvloeden, maar het is belangrijk om met mogelijke interacties rekening te houden. Mantelzorg en het betrekken van de omgeving vormen eveneens belangrijke onderdelen van de behandeling van mensen met ASS.

Het huidige onderzoek roept een aantal nieuwe vragen op die nader onderzocht moeten worden. Kunnen de groepsverschillen geïnterpreteerd worden als werkelijke verschillen tussen de groepen of zijn die te wijten aan de karakteristieke eigenschappen van het autismespectrum? Als men poogt om overlappende concepten te identificeren tussen de drie besproken persoonlijkheidsstoornissen en de ASS, valt enerzijds het sociaal teruggetrokken gedrag op en anderzijds gedrag dat een rigide of repetitief karakter aanneemt. Bij een ASS gaat het echter om een combinatie van die factoren. Is de comorbiditeit tussen die persoonlijkheidsstoornissen en het autismespectrum reëel of zijn het slechts uitvergrote kenmerken van een ASS?

Ieder individu heeft een persoonlijkheid, dus ook mensen met een ASS. Onze klinische indruk en ervaring leren dat ook mensen met een ASS een persoonlijkheidsstijl ontwikkelen, al dan niet van overwegend maladaptieve aard. Sommige individuen ontwikkelen voornamelijk internaliserende vormen van coping zoals vermijdend en obsessief-compulsief gedrag (maar vaak ook angst, depressie en dwangfenomenen). Anderen ontwikkelen externaliserende vormen van coping waarbij dan voornamelijk narcistische en borderline kenmerken op de voorgrond staan (maar ook emotionele labiliteit en automutilatie). Uiteraard zijn er ook mengbeelden met trekken uit verschillende clusters. Tot slot zijn er de zwakker gestructureerde mensen met autisme die geneigd zijn een psychotisch beeld te ontwikkelen, en waarbij het onderscheid met de schizoïde, de schizotypische en de paranoïde persoonlijkheidsstoornis moeilijk te maken valt. Talrijke uren van gespecialiseerde differentiaaldiagnostiek zijn nodig om hier duidelijkheid in te scheppen. Persoonlijkheidstrekken, gedefinieerd volgens de DSM-5 (APA, 2013), kunnen gezien worden als copingstrategieën om met psychische of

psychiatrische kwetsbaarheden om te gaan. Het onderzoeken van de functie van het gedrag dat een bepaald individu vertoont, is dan ook een onontbeerlijk onderdeel van het diagnostische proces. Spek (2013) stelt dat wanneer het gedrag verklaard kan worden binnen een ASS, er geen comorbide diagnose gesteld moet worden. Echter, wanneer er sprake is van een traumatische jeugd of veelvuldige pesterijen, waardoor mensen een eerder negatieve, achterdochtige kijk op de wereld ontwikkelden, kan een comorbide diagnose wel zinvol zijn. LEAD-diagnostiek op maat is ook hier de gouden regel.

Het differentiaaldiagnostische proces heeft niet genoeg aan het vasthouden aan descriptieve regels maar doet een sterk beroep op klinische ervaring. Wat we geleerd hebben uit dit en eerder onderzoek over het autismespectrum en lineaire psychiatrische comorbiditeit, is dat de symptomatologische overlap groot is maar dat de fenomenologische basis een onderscheidend karakter vertoont. Om tot die kern te komen, dient men verder te kijken dan de oppervlakte die gekleurd wordt door gedrag en observeerbare feiten. Aan de hand van (1) klinische observatie (van oogcontact, mimiek, lichaamshouding, taal, prikkelgevoeligheid...), (2) gedragsdiagnostiek waarbij de ASS-kenmerken volgens de DSM-5 (APA, 2013) in de breedte (levensdomeinen) en de diepte (functie) nagevraagd worden, (3) cognitief onderzoek naar *theory of mind*, centrale coherentie en executief functioneren en tot slot (4) heterorapportage (ontwikkelingsanamnese, gesprek met familie en/of partner) kan men trachten licht te werpen op de aard van het geobserveerde gedrag en de informatieverwerkingsstijl. Alleen op die manier kan men een antwoord geven op de vraag: gaat het primair om een ASS of om een persoonlijkheidsstoornis, of is er voldoende evidentie om beide diagnoses te stellen?

Dankwoord

Met dank aan dr. Frieda Matthys, dr. Nathalie Vanderbruggen en Annelien Bronckaerts van het EVO van het UZ Brussel voor de vlotte en aangename samenwerking.

Literatuur

- Aboraya, A., France, C., Young, J., Curci, K., & LePage, J. (2005). The validity of psychiatric diagnosis revisited: The clinician's guide to improve the validity of psychiatric diagnosis. *Psychiatry (Edgmont)*, 2(9), 48-55.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Anckarsäter, H., Stahlberg, O., Larson, T., Hakansson, C., Jutblad, S.-B., Niklasson, ... Rastam, M. (2006). The impact of ADHD and autism spectrum disorders on temperament, character, and personality development. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1239-1244.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A.M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a theory of mind? *Cognition*, 21, 37-46.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Skinner, R., Martin, J., & Clubley, E. (2001). The Autism-Spectrum Quotient (AQ): Evidence from Asperger syndrome/high functioning autism, males and females, scientists and mathematicians. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31, 5-17.

- Frith, U. (1989). *Explaining the enigma*. Oxford: Blackwell.
- Geurts, H.M., Deprey, L., & Ozonoff, S. (2010). De diagnostiek van comorbiditeit bij patiënten met een autismespectrumstoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 52, 753-761.
- Hill, E.L. (2004). Executive dysfunction in autism. *Trends in Cognitive Sciences*, 8, 26-32.
- Hofvander, B., Delorme, R., Chaste, P., Nydén, A., Wentz, E., Ståhlberg, O., ... Leboyer, M. (2009). Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC Psychiatry*, 9, 35. doi:10.1186/1471-244X-9-35
- Kan, C., Verbeek, W., & Bartels, A. (2012). *Diagnostiek van autismespectrumstoornissen bij volwassenen: een multidisciplinaire benadering*. Amsterdam: Hogrefe.
- Lugnegård, T., Hallerbäck, M.U., & Gillberg, C. (2011). Personality disorders and autism spectrum disorders: What are the connections? *Comprehensive Psychiatry*, 53, 333-340. doi:10.1016/j.comppsy.2011.05.014
- Mol, A., Van Riel, M., & Beetsma, H. (2014). Acceptance and Commitment Therapy bij volwassenen met een autismespectrumstoornis. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme*, 4, 121-126.
- Nichols, B.J. (2013, 2 oktober). Distinguishing between autism spectrum disorder and schizoid personality disorder [Web log post]. Geraadpleegd via <http://adult-autism.org/distinguishing-between-autism-spectrum-disorder-and-schizoid-personality-disorder/>
- Rettew, D.C. (2006, 1 juli). Avoidant personality disorder: Boundaries of a diagnosis [Web log post]. Geraadpleegd via <http://www.psychiatrytimes.com/personality-disorders/avoidant-personality-disorder-boundaries-diagnosis/page/0/2>
- Schotte, C.K.W., & De Doncker, D. (2000). De ADP-IV: een vragenlijst voor een therapeutisch georiënteerde diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen. *Psychopraxis*, 2, 124-130. doi:10.1007/BF03071865
- Schotte, C.K.W., De Doncker, D., & Courjaret, J. (2007). De ADP-IV: vragenlijst voor DSM-IV As II en gedragstherapeutische diagnostiek. *Gedragstherapie*, 40, 111-123.
- Schotte, C.K.W., De Doncker, D., Vankerckhoven, C., Vertommen, H., & Cosyns, P. (1998). Self-report assessment of the DSM-IV personality disorders: Measurement of trait and distress characteristics: The ADP-IV. *Psychological Medicine*, 28, 1179-1188.
- Schuurman, C., Blijd-Hoogewys, E., & Gevers, P. (2013). *Behandeling van volwassenen met een autismespectrumstoornis*. Amsterdam: Hogrefe.
- Schuurman, C., & Shibolet, C. (2011). Dwang en drang bij autisme: diagnostiek en behandeling bij volwassenen met een autismespectrumstoornis. *De Psycholoog*, 46(7/8), 32-41.
- Spek, A. (2010). *Mindfulness bij volwassenen met autisme*. Amsterdam: Hogrefe.
- Spek, A. (2013). *Autismespectrumstoornissen bij volwassenen*. Amsterdam: Hogrefe.
- Spitzer, R.L. (1983). Psychiatric diagnosis: Are clinicians still necessary? *Comprehensive Psychiatry*, 24, 399-411.
- Tantam, D. (1988). Lifelong eccentricity and social isolation. II: Asperger's syndrome or schizoid Personality disorder? *The British Journal of Psychiatry*, 153, 783-791.
- Van der Sijde, A. (2009). Psychiatrische comorbiditeit in een klinische populatie van adolescenten met een autismespectrumstoornis. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme*, 1, 4-13.
- Woodbury-Smith, M.R., Robinson, J., Wheelwright, S., & Baron-Cohen, S. (2005). Screening adults for asperger syndrome using the AQ: A preliminary study of its diagnostic validity in clinical practice. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35, 331-335.

Summary

Background: The relationship between autism spectrum disorders (ASD) and personality disorders remains unclear. The aim of the present study was to examine the prevalence of maladaptive personality traits in a group of male individuals with an ASD, and to compare these with the prevalence in a psychiatric and non-clinical Flemish control group. *Method:* The DSM-5 personality disorders were examined with the Assessment of DSM-IV Personality Disorders (ADP-IV) questionnaire. The severity of autistic traits was assessed with the Autism Spectrum Quotient (AQ) questionnaire. *Results:* The prevalence of personality disorders decrease from 63.64% in the ASD group, 60% in the psychiatric group to 23.63% in the non-clinical Flemish control group. The main differences are found at the level of the schizoid, avoidant and obsessive-compulsive personality disorder. *Conclusion:* There is a significant overlap in symptoms between ASD and some personality disorders. Implications for assessment and treatment are discussed.

Personalia

Kathleen Michiels is werkzaam als klinisch psycholoog op de diensten Revalidatie en Neurologie van het UZ Brussel, Vrije Universiteit Brussel.

E-mail: michielskathleen3@gmail.com

Nele Van Geit is werkzaam als klinisch psycholoog-gedragstherapeut op de dienst Psychiatrie van het UZ Brussel, Vrije Universiteit Brussel.

Christiaan Schotte is klinisch psycholoog-gedragstherapeut en is werkzaam als hoofd van de dienst Klinische Psychologie van het UZ Brussel en als hoogleraar aan de faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen, vakgroep Klinische en Levenslooppsychologie (KLEP) van de Vrije Universiteit Brussel.