

Universiteit Utrecht



Typische en atypische symptomen van depressiviteit bij volwassenen met een
verstandelijke beperking

signalering van depressiviteit binnen de gehandicaptenzorg: uiting en factoren

Masterthesis

Universiteit Utrecht

Masteropleiding Pedagogische Wetenschappen

Masterprogramma Orthopedagogiek

Eindversie

Naam student:	M.A. Steinhaus (Marleen)
Studentnummer:	3692973
Naam 1 ^e beoordelaar:	Dr. J. Douma
Naam 2 ^e beoordelaar:	K. van Lieshout, MSc
Opdrachtgever:	Erasmus MC Rotterdam; P. Hamers, MSc
In samenwerking met:	Amarant Tilburg
Datum:	9 juli 2016

Voorwoord

Voor u ligt de thesis waarin het afstudeeronderzoek staat beschreven dat ik heb uitgevoerd in het kader van de master Orthopedagogiek aan de Universiteit Utrecht. Het onderzoek heeft plaatsgevonden in opdracht van het Erasmus MC Rotterdam en de onderzoeksgegevens werden verzameld in samenwerking met Amarant Tilburg. Onder volwassenen met een verstandelijke beperking blijft depressiviteit veelal onopgemerkt, waardoor zij langer dan wenselijk kampen met de nare gevoelens die een depressie met zich meebrengt. In mijn optiek is het daarom belangrijk om de signalering van depressies binnen de gehandicaptenzorg te bevorderen. Met mijn afstudeeronderzoek heb ik ernaar gestreefd om hier een bijdrage aan te leveren door binnen de gehandicaptenzorg uitingsvormen en samenhangende persoonskenmerken te onderzoeken.

Terugblikkend heb ik het uitvoeren van het afstudeeronderzoek ervaren als een groot leerproces met pieken en dalen. Van mijn thesisbegeleidster dr. J. Douma heb ik geleerd om altijd kritisch te zijn en met haar grote ervaring op het gebied van onderzoek heeft zij mij veel geleerd. Met name navolgbaar schrijven en het behouden van een kritische blik zijn leerpunten die ik mee wil nemen in mijn toekomstige werk als orthopedagoog.

Graag wil ik K. van Lieshout, MSc en dr. J. Douma bedanken voor de tijd die zij hebben gestoken in de begeleiding van mijn afstudeeronderzoek. Ook gaat mijn dank uit naar P. Hamers, MSc, dr. H. Hermans en N. van de Ven; zonder hen had het onderzoek niet plaats kunnen vinden. Begeleiders en gedragsdeskundigen van Amarant wil ik bedanken voor hun bereidheid om deel te nemen aan het onderzoek. Tot slot wil ik mijn ouders, vriendinnen en vriend bedanken voor hun enorme steun tijdens de intensieve master.

Marleen Steinhaus

7 juli 2016

Samenvatting

Achtergrond: Depressiviteit komt onder volwassenen met een verstandelijke beperking [VB] regelmatig voor. Ook wordt in de literatuur gesuggereerd dat volwassenen met een VB zogenoemde atypische symptomen van depressiviteit vertonen, zoals hyperactiviteit en agressie. Hierdoor blijven depressies bij volwassenen met een VB vaker onopgemerkt dan wenselijk. Dit kan uiteenlopende nadelige consequenties tot gevolg hebben. Om bij te dragen aan de signalering van psychische problemen binnen de gehandicaptenzorg wordt onderzocht op welke manier volwassenen met een VB een depressie utoiten en welke factoren samenhangen bij de ontwikkeling van een depressie.

Methode: De ADESS, AGS en CLE werden ingevuld door persoonlijke begeleiders van 26 18-55-jarigen met een matig tot zeer ernstige verstandelijke beperking. Er is gebruik gemaakt van enkelvoudige logistische regressieanalyses om mogelijke verbanden tussen de typische, atypische en persoonskenmerken met de aanwezigheid van depressiviteit te onderzoeken.

Resultaten: Symptomen van zowel typische (angst en spanning, lethargie en verandering in de eetlust en/of gewicht) als atypische (prikkelbaarheid en hyperactiviteit) aard bleken (hoewel niet significant) de kans op de aanwezigheid van een depressie te verhogen ($OR > 1$). Tevens bleken geslacht (man > vrouw) en leeftijd (34-55 > 18-34) bijna significant samen te hangen met depressiviteit..

Conclusie: De onderzoeksresultaten bevestigen de suggestie dat volwassenen met een VB ook atypische symptomen van depressiviteit vertonen. Herkenning van deze atypische symptomen kan een bijdrage leveren aan de praktijk van de gehandicaptenzorg, omdat deze niet altijd worden herkend als zijnde symptomen van depressie. Op basis van de kanttekeningen die bij het huidige onderzoek geplaatst kunnen worden, wordt nader onderzoek aanbevolen.

Trefwoorden: Depressiviteit, VB, (a)typische symptomen

Abstract

Background: Depression in adults with an intellectual disability [ID] often occurs. Furthermore, it is suggested that adults with an ID show so-called atypical symptoms of depression, such as hyperactivity and aggression. As a result of this, depression remains unnoticed in adults with an ID more frequently than necessary. This can bring about a variety of undesirable consequences. In order to contribute to the recognition of psychological

Typische en atypische symptomen van depressiviteit bij volwassenen met een verstandelijke beperking

problems of adults with an ID, this study aims to investigate how adults with an ID express depression and which factors are related to having a depression.

Method: The ADESS, AGS and CLE were completed by the professional carers of 26 clients aged 18-55 years with a moderate to profound ID. Simple logistic regression analyses were applied to investigate the relationship of typical and atypical symptoms of depression and personal characteristics on depression.

Results: Both typical (anxiety and stress, lethargy and an decrease of interest and/or pleasure) and atypical (irritability and hyperactivity) symptoms appeared to increase the likelihood of a depression (OR > 1), although not significant. Furthermore, the personal characteristics gender (man > woman) and age (34-55 > 18-34) were related to the presence of depression. The results were almost significant.

Conclusion: These results suggest that adults with an ID also express atypical symptoms of depression. Recognition of these atypical symptoms could contribute to every day practice in the care for people with an ID, because under the present conditions these symptoms are often not recognized as symptoms of a depression. Based on the limitations of this study, recommendations for further research have been done.

Keywords: Depression, MD, (a)typical symptoms

Typische en atypische symptomen van depressiviteit bij volwassenen met een verstandelijke beperking

Typische en atypische symptomen van depressiviteit bij volwassenen met een verstandelijke beperking

Een depressie is een stemmingsstoornis waarvan het voorkomen een serieus gezondheidsprobleem vormt (Hoeymans, Melse, & Schoemaker, 2010; Penninx, 2007). Terwijl vroeger ter discussie stond of volwassenen met een verstandelijke beperking [VB] een depressie kunnen ontwikkelen (Koch, 2005; Sovner & Hurley, 1983), wordt tegenwoordig aangenomen dat depressies bij volwassenen met een VB relatief vaker voorkomen dan bij volwassenen zonder VB (Deb, Thomas, & Bright, 2001; Hemmings, Gravestock, Pickard, & Bouras, 2006). Onderzoeken naar de prevalentie van comorbiditeit van een VB en depressie resulteren in cijfers variërend van 2.2% tot 8% (Deb et al., 2001; White, Chant, Edwards, Townsend, & Waghorn, 2005). Daarnaast wordt een depressie beschouwd als één van de meest voorkomende stoornissen bij volwassenen met een VB (Cooper, Smiley, Morrison, Williamson, & Allan, 2007). Een VB kan worden gedefinieerd als beperkingen in de intellectuele en adaptieve vermogens (Claes et al., 2012).

In het classificatiesysteem van de *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^e editie – tekst revisie) [DSM-IV-TR] wordt een depressie omschreven als een aanhoudende sombere stemming en/of een duidelijke vermindering in interesse en/of plezier in combinatie met andere symptomen zoals energieverlies, verandering in de eetlust, sociale vermijding en gevoelens van waardeloosheid (American Psychiatric Association, 2013). Ook is bekend dat stemmingsproblematiek veelal gepaard gaat met angstproblematiek (Arnold et al., 2007; Emck, Bosscher, Van Wieringen, Beek, & Doreleijers, 2010). De symptomen zoals geclassificeerd in de DSM-IV-TR kunnen worden aangeduid met de term “typische symptomen van depressie” en zijn over het algemeen van toepassing op depressiviteit onder volwassenen met een gemiddelde intelligentie, zwakbegaafdheid of een lichte VB (Bakken et al., 2010; Marston, Perry, & Roy, 2007).

Voor volwassenen met een matige [MVB], ernstige [EVB] of zeer ernstige VB [ZEVB] blijkt depressiviteit zich op complexere wijze te uiten dan in de hiervoor beschreven typische uitingsvormen (Esbensen, Rojahn, Aman, & Ruedrich, 2003). De depressieve gevoelens uiten zij vermoedelijk anders dan de hiervoor genoemde typische symptomen. Bovendien worden de ‘afwijkende’ uitingsvormen door personen uit de omgeving veelal verklaard of begrepen vanuit de VB (Hermans, Beekman, & Evenhuis, 2013; Sturm, Musters, & Van der Assen, 2014). Tevens zijn volwassenen met een MVB tot ZEVB (vanaf hier VB te noemen) minder goed in staat om hun klachten te herkennen en hun gevoelens tegenover

Typische en atypische symptomen van depressiviteit bij volwassenen met een verstandelijke beperking

anderen te verwoorden, vanwege de vaak problematische spraak- en taalontwikkeling (Bakken et al., 2010; Evenhuis, 2011). De afwijkende uitingsvormen van depressiviteit bij volwassenen met een VB worden gekenmerkt door agressiviteit, geïrriteerdheid, lichamelijke klachten, beweeglijkheid en stereotype bewegingen (Bakken et al., 2010; Marston et al., 2007; Smiley & Cooper, 2003; Sturm et al., 2014). Gesuggereerd wordt dat depressiviteit bij volwassenen met een VB meer tot uiting komt in de vorm van dit soort atypische symptomen dan typische symptomen (Esbensen et al., 2003).

Hierdoor blijft depressiviteit onder volwassenen met een VB vaker onopgemerkt dan wenselijk (Koch, 2005). Signalering van depressiviteit binnen de gehandicaptenzorg wordt bemoeilijkt doordat het gebruikelijke classificatiesysteem (APA, 2013) onvoldoende lijkt aan te sluiten op de atypische symptomen die volwassenen met een VB mogelijk vertonen (Koch, 2005). Dit leidt tot het risico dat volwassenen binnen de gehandicaptenzorg onnodig lang kampen met een depressie en dat aan hen niet de zorg wordt geboden waaraan zij behoefte hebben (Evenhuis, 2011). Daarnaast kan comorbiditeit van een VB en depressiviteit uiteenlopende gevolgen hebben op individueel niveau, zoals fysiologische, psychosociale en sociaal-emotionele problemen, alsmede in de familiale sfeer, zoals een vergrote draaglast voor het gezin waarvan de betrokkene deel uitmaakt en huwelijksproblematiek van de ouders (Coryell et al., 1993; Došen, 2007; Demyttenaere & Reynaert, 1997; Emerson, 2003). Signalering in een zo vroeg mogelijk stadium en inzet van de juiste zorg is daarom belangrijk met het oog op versterking van het welzijn van de volwassene en diens omgeving (Emerson, 2003). Wanneer meer consensus bestaat over de uiting van depressiviteit bij volwassenen met een VB wordt verwacht dat dit een bijdrage zal leveren aan de signalering hiervan binnen de gehandicaptenzorg (Cooper et al., 2007). Ook wordt verwacht dat inzicht in de persoonskenmerken die samenhangen met het ontstaan van depressiviteit hieraan kan bijdragen (Spijker & Nolen, 1998).

De mate waarin volwassenen over het algemeen een depressie ontwikkelen kan met vele verschillende factoren samenhangen (Deb et al., 2001; Wicks-Nelson & Israel, 2012). De factoren die veelvuldig worden beschreven in wetenschappelijke literatuur en waar ruimschoots evidentie voor bestaat zijn geslacht, leeftijd en het meemaken van negatieve levensgebeurtenissen (Brand-Piek, 2014; Didden, 2015; Janssen & Schuengel, 2006). Zo blijken depressies substantieel vaker voor te komen bij vrouwen dan bij mannen (CBS, 2014; Passer et al., 2009; Van Wijk, 2002). Daarnaast blijkt in de leeftijdsgroep van 18 tot 34 jaar vaker sprake te zijn van depressiviteit dan in de leeftijdsgroep van 34 jaar en ouder (Verweij

Typische en atypische symptomen van depressiviteit bij volwassenen met een verstandelijke beperking

& Houben-Van Herten, 2013). Ook hangt het aantal meegemaakte negatieve levensgebeurtenissen, alsmede de ingrijpendheid ervan, samen met het ontstaan van depressiviteit (Hoevens, 2011; Simons, Angell, Monroe, & Thase, 1993). Ten aanzien van de vraag of en in hoeverre deze factoren ook een voorspellend verband hebben met depressiviteit bij volwassenen met een VB blijkt in mindere mate onderzoeksresultaten beschikbaar te zijn (Didden, Collin, & Curfs, 2008). Dit is aanleiding om in het huidige onderzoek per factor aandacht te besteden aan de mate waarin deze factoren de aanwezigheid van een depressie bij volwassenen met een VB voorspellen. Tevens wordt onderzocht of de ernst van de VB in verband staat met de aanwezigheid van een depressie, zoals geconcludeerd wordt in enkele gepubliceerde onderzoeksresultaten (Deb et al., 2001; Dekker, Douma, De Ruiter, & Koot, 2006; Hemmings et al., 2006; Marston et al., 2007).

Uitgaande van het in het voorgaande weergegeven theoretisch kader wordt de volgende onderzoeksvraag opgesteld: ‘Op welke manier komt depressiviteit tot uiting bij volwassenen met een VB en welke persoonskenmerken hangen samen met het ontstaan hiervan?’

Methode

Steekproef

Het betreft een aselechte steekproef (N = 26). Ten tijde van de dataverzameling waren de cliënten uit de steekproef woonachtig in verschillende centrale woonvoorzieningen binnen Amarant; een organisatie welke zorg biedt aan mensen met een VB (Amarant, z.d.). Er gold een leeftijds criterium voor deelname (18 tot 55 jaar) en een criterium betreffende de ernst van de VB (MVB tot ZEVV). De cliënten die in eerste instantie werden benaderd voor deelname werden geselecteerd door gedragsdeskundigen (N = 45). Deze cliënten waren allen wilsonbekwaam. Met inachtneming hiervan werd om actieve toestemming gevraagd aan de wettelijk vertegenwoordigers van de cliënten. Dit werd gedaan middels een toestemmingsformulier met bijbehorende informatiebrief (*informed consent*). Voor 28 cliënten werd, direct of na telefonische herinnering, toestemming gegeven. In de *flowchart* in figuur 1 wordt de doorlopen procedure weergegeven. Door persoonlijke begeleiders werden de vragenlijsten ingevuld. Gemiddeld waren zij 4 jaar en 2 maanden betrokken bij de zorg aan de cliënt voor wie zij de vragenlijsten invulden. De resultaten werden anoniem verwerkt. Binnen de steekproef is sprake van autisme (N = 7), dementie (N = 1), auditieve beperkingen (N = 3), visuele beperkingen (N = 14), epilepsie (N = 1) en scoliose (N = 1). Andere

Typische en atypische symptomen van depressiviteit bij volwassenen met een verstandelijke beperking

kenmerken van de steekproef, die relevant zijn voor dit onderzoek, zijn weergegeven in tabel 1.

Tabel 1

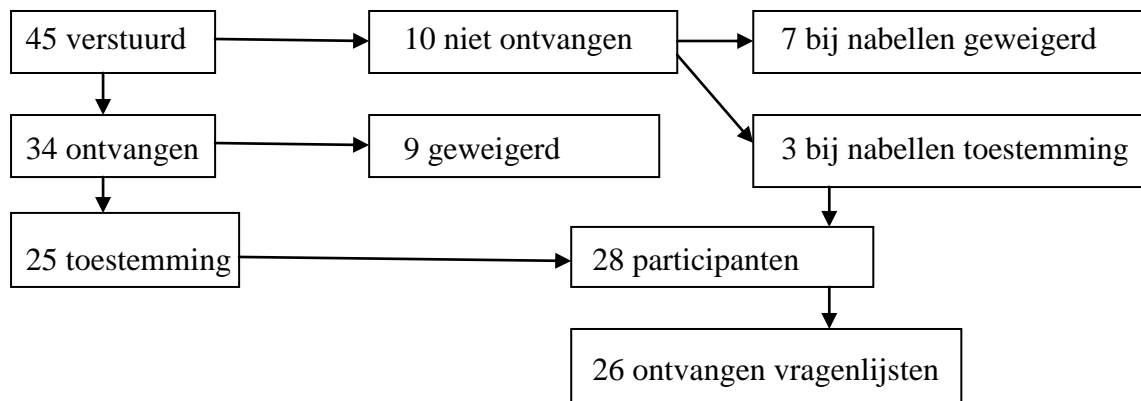
Steekproefbeschrijving van de 26 cliënten

Karakteristieken	N	%	M	SD
Man	8	30.8		
Vrouw	18	69.2		
18-34 jaar	10	38.5		
34 jaar en ouder	16	61.5		
MVB	5	19.2		
EVB	10	38.5		
ZEVV	11	42.3		
Geen depressie	19	73.1		
Depressie	7	26.9		
Angst en spanning			6.85	3.78
Sociale vermijding			6.35	4.27
Prikkelbaarheid			8.31	8.79
Lethargie			8.31	8.47
Stereotypie			2.42	2.52
Hyperactiviteit			7.15	7.50
Negatieve levensgebeurtenissen			2.54	2.17
Geen agressie	11	42.3		
Agressie	15	57.7		
Geen vermindering in interesse/plezier	18	69.2		
Vermindering in interesse/plezier	8	30.8		
Geen verandering in eetlust/gewicht	20	76.9		
Verandering in eetlust/gewicht	6	23.1		
Geen lichamelijke klachten	18	69.2		
Lichamelijke klachten	8	30.8		

Not: N = aantal cliënten; M = gemiddelde; SD = standaarddeviatie

Figuur 1

Flowchart van de toestemmingsprocedure



Variabelen

De afhankelijke variabele in het onderzoek is depressie. De onafhankelijke variabelen bestaan uit typische symptomen van depressie, atypische symptomen van depressie en een aantal persoonskenmerken van de cliënten, inclusief het aantal meegemaakte negatieve levensgebeurtenissen. De variabelen worden hieronder nader toegelicht.

Afhankelijke variabele. Depressie is gemeten met de Angst, Depressie En Stemmingsschaal [ADESS] (Hermans, Jelluma, & Evenhuis, 2008). Dit is een vertaling van de oorspronkelijke *Anxiety Depression And Mood Scale* [ADAMS] van Esbensen en collega's (2003). De volledige ADESS bestaat uit 28 items die worden beantwoord op een 4-puntsschaal (0 = nooit/geen, 1 = af en toe/gering, 2 = regelmatig/matig en 3 = vaak/ernstig). De items worden beantwoord met het oog op het gedrag van de cliënt zoals gezien in de twee weken voorafgaand aan het invullen van de vragenlijsten. De ADESS bestaat uit vier subschalen: Depressieve stemming, Angst en spanning, Sociale vermijding en Overige problematiek. De subschaal Depressieve stemming bestaat uit 13 items en werd binnen het huidige onderzoek gebruikt om een indicatie te kunnen geven van de aanwezigheid van een depressie. De test-hertestbetrouwbaarheid van de ADESS is uitstekend ($r = 0.81$) en de interne consistenties van de verschillende subschalen zijn hoog ($\alpha = 0.75$ tot $\alpha = 0.83$) (Esbensen et al., 2003). Voor de steekproef uit dit onderzoek is door De Vries (2016) de subschaal Depressieve stemming onderzocht met de Intraclass Correlatie. De test-hertestbetrouwbaarheid ($ICC = 0.60$) en de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid ($ICC = 0.73$) werden hierin als goed beoordeeld. De interne consistentie is voldoende met $\alpha = 0.76$ (De Vries, 2016). De afhankelijke variabele in huidig onderzoek is de dichotome variabele 'wel of geen aanwezigheid van depressie', gebaseerd op het afkappunt op de subschaal Depressieve

Typische en atypische symptomen van depressiviteit bij volwassenen met een verstandelijke beperking

Stemming (≥ 14 duidt op de aanwezigheid van een depressie) uit het onderzoek van Hermans en Evenhuis (2012).

Typische symptomen van depressie. Deze symptomen bestaan uit de variabelen Angst en spanning, Sociale vermijding, Lethargie, Verandering in eetlust en/of gewicht en Vermindering in interesse en/of plezier. Angst en spanning en Sociale vermijding zijn subschalen van de ADESS. Zie tabel 2 voor het aantal items, een aantal voorbeelditems en de interne consistenties (Cronbach's α) van deze twee subschalen. In dit onderzoek is geanalyseerd met de subschaalscores.

Lethargie is een subschaal van de Afwijkend Gedrag Schaal [AGS] (Aman, 2013). Dit is de Nederlandse versie van de *Aberrant Behavior Checklist* [ABC] van Aman, Singh, Stewart, en Field (1985). De totale vragenlijst bestaat uit 58 items met gedragingen waarbij wordt gevraagd in hoeverre het gedrag voor is gekomen bij de cliënt in de week voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst. Bij de beantwoording wordt gebruik gemaakt van een 4-puntsschaal (0 = geen probleem, 1 = problematisch, maar in lichte mate, 2 = problematisch, 3 = zeer problematisch). De AGS heeft vijf subschalen: Prikkelbaarheid, Lethargie, Stereotypie, Hyperactiviteit en Inadequate spraak. Zie tabel 2 voor het aantal items, voorbeelditems en de interne consistenties van de in dit onderzoek gebruikte subschalen. Diverse studies hebben aangetoond dat de ABC een valide en betrouwbaar onderzoeksinstrument is (Paclawskyj, Matson, Bamburg, & Baglio, 1997; Rojahn, Aman, Matson, & Mayville, 2003). In huidig onderzoek is geanalyseerd met de subschaalscore.

Verandering in eetlust en/of gewicht en Vermindering in interesse en/of plezier zijn gemeten met een vraag die de gedragsdeskundigen voor de cliënten hebben beantwoord, namelijk: 'Heeft u in de periode dat u betrokken bent geweest bij de cliënt veranderingen opgemerkt in: 'eetlust', 'gewicht', 'vermindering van de interesse en/of plezier' en/of 'geen veranderingen op de bovenstaande gebieden''. Meerdere antwoordmogelijkheden konden hierbij worden gekozen. Op basis van deze vraag zijn twee dichotome uitkomstmaten afgeleid, namelijk wel/geen verandering in eetlust en/of gewicht en vermindering in interesse en/of plezier.

Atypische symptomen van depressie. Deze symptomen bestaan uit Prikkelbaarheid, Stereotypie, Hyperactiviteit, Agressie en Lichamelijke klachten. Prikkelbaarheid, Stereotypie en Hyperactiviteit zijn drie subschalen van de eerder beschreven AGS, zie tabel 2 voor meer informatie over deze subschalen. In dit onderzoek is geanalyseerd met de subschaalscores.

Typische en atypische symptomen van depressiviteit bij volwassenen met een verstandelijke beperking

Agressie en Lichamelijke klachten zijn gemeten met enkelvoudige vragen die de gedragsdeskundigen voor de cliënten hebben beantwoord. De vragen betreffen achtereenvolgens ‘vertoont de cliënt agressief gedrag?’ (ja of nee) en ‘heeft de cliënt lichamelijke klachten?’ (ja of nee). Beide variabelen hebben een dichotome uitkomstmaat: wel of geen aanwezigheid van agressie of lichamelijke klachten.

Tabel 2

Aantal items, voorbeelditems en interne consistenties (α) van de gebruikte subschalen van de ADESS en AGS (continue variabelen)

Subschaal (instrument)	Aantal items	Voorbeelditems	α
Angst en Spanning (ADESS)	7	‘Ontspant zich niet’, ‘Gespannen’	0.79
Sociale Vermijding (ADESS)	7	‘Verlegen of schuw’, Vermijdt anderen’	0.76
Prikkelbaarheid (AGS)	15	‘Driftbuien’, ‘Snelle stemmingswisselingen’	0.91
Lethargie (AGS)	16	‘Is moeilijk te bereiken’, ‘Lusteloos, sloom, inactief’	0.92
Stereotypie (AGS)	7	‘Repeterende bewegingen’, ‘Schudt of rolt met het hoofd’	0.71
Hyperactiviteit (AGS)	16	‘Luidruchtig, rumoerig’, ‘Impulsief’	0.91

Noot: Het betreft willekeurig gekozen voorbeelditems; Interpretatie α : .7 = voldoende, .9 = goed (Allen & Bennett, 2010)

Persoonskenmerken. Door de gedragsdeskundigen werd een vragenlijst ingevuld met vragen over de cliënt zoals het Geslacht, de Leeftijd en de Ernst van de VB. Leeftijd werd o.b.v. de aangehaalde literatuur verdeeld in twee leeftijdsgroepen (18 tot 34 jaar en 34 jaar en ouder) (Verweij & Houben-Van Herten, 2013). De Ernst van de VB werd gecategoriseerd op basis van het IQ in navolging van het classificatiesysteem uit de DSM-IV-TR (APA, 2013). Deze categoriseert een MVB ($35 < IQ < 50$), EVB ($20 < IQ < 35$) en ZEVb ($IQ < 20$). Alle gedragsdeskundigen waren in de mogelijkheid om het IQ van de cliënten te bepalen. De intelligentietests of ontwikkelingsschalen waarop de gedragsdeskundigen het IQ baseerden waren de Snijders-Oomen Niet-Verbale Intelligentietest [SON-R] (Tellegen & Laros, 2011), de Revisie Amsterdamse Kinder Intelligentie Test [RAKIT] (Resing, Bleichrodt, Drenth, & Zaal, 2012), de *Wechsler Intelligence Scale for Children* [WISC] (Wechsler, 1991), de

Typische en atypische symptomen van depressiviteit bij volwassenen met een verstandelijke beperking

Sociale Redzaamheidschaal [SRZ] (Kraijer, Kema, & Bildt, 2004) of de *Vineland Adaptive Behavior Scale* [VABS] (Sparrow, Cicchetti, & Balla, 1989).

Het aantal meegemaakte Negatieve levensgebeurtenissen is bepaald met de Checklist Life Events [CLE] die is ontwikkeld binnen het GOUD [Gezond ouder met een VB] onderzoek (GOUD, z.d.). De vragenlijst bestaat uit 28 levensgebeurtenissen (o.a. chronische ziekte, overlijden van familielid of vriend, inbraak, verlies visus of gehoor). Per levensgebeurtenis wordt uitgevraagd of de cliënt deze in diens leven heeft meegemaakt (ja of nee). Indien een cliënt deze heeft meegemaakt wordt gevraagd welke uitwerking dit heeft gehad (neutraal of negatief). Een negatieve levensgebeurtenis is binnen het huidige onderzoek gedefinieerd als een gebeurtenis die stress met zich meebrengt (Simons et al., 1993). In dit onderzoek is daarom geanalyseerd met het aantal levensgebeurtenissen met een negatieve uitwerking.

Statistische analyse

De onderzoeksgegevens werden verwerkt in *Statistical Package for Social Sciences* [SPSS], versie 23. Enkelvoudige logistische regressieanalyses (Field, 2009; Sieben & Linssen, 2009) werden toegepast voor de beantwoording van de onderzoeksvraag welke typische en atypische symptomen en persoonskenmerken, inclusief negatieve levensgebeurtenissen, samenhangen met de aanwezigheid van een depressie. Per analyse is steeds met één onafhankelijke variabele gerekend, vanwege de kleine steekproef (N). De analyses werden onderbouwd door resultaten uit kruistabellen. Voor alle analyses is een significantieniveau van $p < .05$ gehanteerd.

Resultaten

De resultaten uit de enkelvoudige logistische regressieanalyses zijn weergegeven in tabel 3. Uit de analyses komen geen significante resultaten naar voren. Wel zijn er enkele resultaten waarbij de significantiewaarde (p) in de buurt komt van significantie ($p < .05$). De resultaten waarbij $p < .20$ worden hieronder beschreven, waarbij nogmaals de niet-significantie benadrukt wordt.

De typische variabelen Angst en spanning (OR = 1.33, $p = .06$), Lethargie (OR = 1.09, $p = .11$) en Verandering in eetlust en/of gewicht (OR = 4.00, $p = .16$) blijken samen te hangen met de aanwezigheid van depressiviteit. Omdat het bij de eerste twee gaat om een continue variabele (schaalscore) duidt dit erop dat wanneer symptomen van angst en spanning of lethargie met 1 punt op die desbetreffende subschaal toenemen bij volwassenen met een VB

Typische en atypische symptomen van depressiviteit bij volwassenen met een verstandelijke beperking

de kans respectievelijk 1.33 en 1.09 keer groter wordt dat er sprake is van depressiviteit.

Daarnaast leidt een verandering in eetlust en/of gewicht (50% van hen is depressief) tot een 4.00 keer zo grote kans dat er sprake is van depressiviteit dan wanneer deze verandering niet plaatsvindt (20% van degenen waar geen verandering was, is depressief). Het bijbehorende betrouwbaarheidsinterval is echter groot [0.58 – 27.82], waardoor het resultaat onnauwkeurig is.

Tevens hangt een toename in de atypische variabelen Prikkelbaarheid (OR = 1.11, $p = .13$) en Hyperactiviteit (OR = 1.19, $p = .12$) samen met depressie; wanneer bij een volwassene met een VB de score met 1 punt op die desbetreffende subschaal toeneemt is de kans op een depressie respectievelijk 1.11 en 1.19 keer groter.

Betreffende de persoonskenmerken blijkt dat geslacht (OR = 0.20, $p = .09$) en leeftijd (OR = 5.40, $p = .15$) in de buurt van significantie komen. Deze resultaten duiden erop dat vrouwelijke volwassenen met een VB een vijf keer zo kleine kans hebben op depressiviteit dan mannelijke volwassenen met een VB (50% van de mannen ten opzichte van 16.5% van de vrouwen is depressief). Voor de persoonskenmerk leeftijd geldt dat de kans 5.40 keer zo groot is om een depressie te ontwikkelen wanneer de cliënt 34 jaar of ouder is dan wanneer de cliënt tussen de 18 en 34 jaar oud is (respectievelijk 37.5% en 10%). Ook bij dit laatste resultaat wordt een zeer groot 95%-betrouwbaarheidsinterval [0.54 - 53.89] gezien.

Typische en atypische symptomen van depressiviteit bij volwassenen met een verstandelijke beperking

Tabel 3

Variabelen gerelateerd aan de aanwezigheid van een depressie bij volwassenen met een VB: Resultaten uit enkelvoudige logistische regressieanalyses (OR, BI en p).

Variabelen	%	OR	BI [95%]	p
<i>Typische symptomen:</i>				
Angst en spanning*		1.33	[0.99 - 1.78]	.06
Sociale vermijding*		1.06	[0.87 - 1.30]	.56
Lethargie*		1.09	[0.98 - 1.21]	.11
Vermindering in interesse/plezier (vermindering vs. geen vermindering)		0.87	[0.13 – 5.82]	.88
▪ Geen vermindering	27.8			
▪ Vermindering	25.0			
Verandering in eetlust/gewicht (verandering vs. geen verandering)		4.00	[0.58 – 27.82]	.16
▪ Geen verandering	20.0			
▪ Verandering	50.0			
<i>Atypische symptomen:</i>				
Prikkelbaarheid*		1.11	[0.97 - 1.26]	.13
Stereotypie*		1.17	[0.83 - 1.65]	.37
Hyperactiviteit*		1.19	[0.96 - 1.47]	.12
Agressie (agressie vs. geen agressie)		2.25	[0.35 – 14.61]	.40
▪ Geen agressie	18.2			
▪ Agressie	33.3			
Lichamelijke klachten (klachten vs. geen klachten)		0.87	[0.13 – 5.82]	.88
▪ Geen klachten	27.8			
▪ Klachten	25.0			
<i>Persoonskenmerken (factoren):</i>				
Geslacht (vrouw vs. man)		0.20	[0.03 – 1.28]	.09
▪ Man	50.0			
▪ Vrouw	16.7			
Leeftijd (34-55 jaar vs. 18-34 jaar)		5.40	[0.54 - 53.89]	.15
▪ 18-34 jaar	10.0			
▪ 34-55 jaar	37.5			
Ernst van de VB (ZEVb als indicator)				.64
▪ MVB vs. ZEVb		3.00	[0.29 – 31.63]	.36
▪ EVB vs. ZEVb		1.93	[0.25 – 14.89]	.53
▪ MVB	40.0			
▪ EVB	30.0			
▪ ZEVb	18.2			
Negatieve levensgebeurtenissen*		1.10	[0.74 - 1.64]	.65

Not: OR = Odds Ratio, BI = Betrouwbaarheidsinterval; *continue variabele (overige variabelen zijn categorisch); % = percentage cliënten met depressie binnen de categorie

Discussie

Voorafgaand aan hetgeen weergegeven in deze discussie, dient benadrukt te worden dat alle resultaten uit het huidige onderzoek niet-significant bleken te zijn, waardoor nader onderzoek gewenst is en de resultaten onnauwkeurig en in mindere mate betrouwbaar zijn (Allen & Bennet, 2010; Sieben & Linssen, 2009).

Onderzoeksgegevens in het licht van eerder aangehaalde literatuur

Gebaseerd op eerder gepubliceerde onderzoeksresultaten werd vermoed dat volwassenen met een VB depressiviteit meer in atypische symptomen uiten dan in de vorm van de typische symptomen zoals beschreven in de gebruikelijke classificatiesystemen (Bakken et al., 2010; Esbensen et al., 2003). De huidige onderzoeksresultaten tonen aan dat een toename van zowel typische symptomen (angst en spanning, lethargie en verandering in eetlust en/of gewicht) als atypische symptomen (prikkelbaarheid en hyperactiviteit) samenhangen met een grotere kans op depressiviteit bij volwassenen met een VB. Dit bevestigt, met grote voorzichtigheid vanwege de niet-significantie, de suggestie uit de eerder aangehaalde literatuur. Met name de resultaten betreffende de atypische symptomen zijn belangrijk voor de praktijk om depressies zo tijdig mogelijk te kunnen signaleren binnen de gehandicaptenzorg. Symptomen van prikkelbaarheid en hyperactiviteit worden naar alle waarschijnlijkheid in mindere mate herkend als zijnde symptomen van depressiviteit (Koch, 2005; Smiley & Cooper, 2003).

Verder is uit de huidige onderzoeksresultaten, wederom met voorzichtigheid van de interpretatie, gebleken dat de persoonskenmerken geslacht en leeftijd samenhangen met de aanwezigheid van depressiviteit; volwassenen met een VB hebben op basis van de huidige steekproef een grotere kans op depressiviteit wanneer zij een man zijn in plaats van een vrouw en wanneer zij 34 jaar of ouder zijn in plaats van 18 tot 34 jaar oud. Deze resultaten zijn afwijkend van hetgeen verwacht zou worden naar aanleiding van de eerder aangehaalde literatuur. Hierin wordt namelijk beschreven dat depressies over het algemeen substantieel vaker voorkomen bij vrouwen (o.a. Van Wijk, 2002) en dat er in de leeftijdsgroep 18 tot 34 jaar meer sprake is van depressies dan bij leeftijden van 34 jaar en ouder (Houben-Van Herten, 2013). Hierdoor wordt de indruk gewekt dat er een verschil bestaat tussen volwassenen uit de algemene bevolking en volwassenen met een VB waar het gaat om de invloed van geslacht en leeftijd op de aanwezigheid van depressiviteit. Binnen de gehandicaptenzorg is het in het kader van zo vroeg mogelijke signalering van depressiviteit van belang dat men ervan op de hoogte is dat mannen en volwassenen in de leeftijdsgroep 34

Typische en atypische symptomen van depressiviteit bij volwassenen met een verstandelijke beperking

jaar en ouder ontvankelijker lijken te zijn voor de ontwikkeling van een depressie dan vrouwen en volwassenen in de leeftijdsgroep 18 tot 34 jaar.

Beperkingen

Bij de beschrijving van de onderzoeksresultaten kunnen enkele kanttekeningen geplaatst worden. Er dient rekening te worden gehouden met de kleine steekproef ($N = 26$). Tabachnick en Fidell (2007) stellen dat een steekproef van $N = 50$ idealiter behaald moet worden om een betrouwbare regressieanalyse te kunnen uitvoeren. Hierdoor zijn sommige spreidingen in de resultaten en daardoor ook de 95%-betrouwbaarheidsintervallen van de variabelen relatief groot. Dit duidt op verminderde nauwkeurigheid en betrouwbaarheid van de resultaten (Van Geldrop & Neven, 2014). Tevens zijn de gedragingen zoals uitgevraagd in de vragenlijst voor de gedragsdeskundigen deels vergelijkbaar met items uit de subschaal Depressieve stemming van de ADESS. Hierdoor ontstaat overlap tussen aspecten van de onafhankelijke variabelen ten opzichte van de afhankelijke variabele. Dit kan ervoor zorgen dat de interpretatie van de resultaten inaccuraat is (Gravetter & Wallnau, 2009). Voorbeelden zijn de items ‘snel moe’ en ‘lusteloos’ van de ADESS die een overeenkomstige betekenis hebben met de vraag aan de gedragsdeskundige betreffende ‘vermindering in energie en/of interesse’. Ook tussen de verschillende onafhankelijke variabelen wordt deze overlap gezien. Bijvoorbeeld het item ‘agressief naar cliënten en groepsleiding’ van de AGS, die onderdeel uitmaakt van de subschaal Prikkelbaarheid, en de vraag aan de gedragsdeskundige ‘vertoont de cliënt agressief gedrag?’ die de basis vormt voor de variabele Agressie.

Verder komen de meetperiodes van de verschillende variabelen niet met elkaar overeen. Zo hebben de items van de ADESS en AGS betrekking op respectievelijk twee en één week voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst, de items van de CLE op het gehele leven van de cliënt en de vragen aan de gedragsdeskundige op de periode waarin diegene betrokken is bij de zorg aan de cliënt. Hierdoor kunnen de variabelen met verminderde betrouwbaarheid met elkaar worden vergeleken en in het slechtste geval kan dit leiden tot het leggen van onjuiste verbanden (De Boeck, Hardyns, & Pauwels, 2014).

Het is belangrijk om te onderkennen dat een VB veelal gepaard gaat met andere aandoeningen, beperkingen, stoornissen en medicatiegebruik (De Koning & Collin, 2007; Teeuwen & Verhoeff, 2009). Ook binnen de huidige steekproef is sprake van autisme, dementie, auditieve en visuele beperkingen, epilepsie en scoliose. Om deze reden is het onduidelijk in hoeverre de symptomen van depressiviteit mogelijk mede worden verklaard vanuit eventuele beperkingen, stoornissen of bijwerkingen van medicatiegebruik. Een andere

Typische en atypische symptomen van depressiviteit bij volwassenen met een verstandelijke beperking

mogelijkheid waardoor causale verbanden niet met volledige zuiverheid gelegd kunnen worden is dat er sprake kan zijn van interactie-effecten tussen een combinatie van verschillende onafhankelijke variabelen (Field, 2009). Zo kunnen lichamelijke klachten worden verklaard vanuit symptomen van angst en spanning (Arnold et al., 2007), nemen lichamelijke klachten toe naarmate de VB ernstiger is (Gualtieri, 2002) en hangen sociale teruggetrokkenheid en angst en spanning met elkaar samen (Emck et al., 2010).

Sterke kanten van het onderzoek

Met het onderzoek is getracht om een bijdrage te leveren aan het bevorderen van signalering van depressiviteit binnen de gehandicaptenzorg door de uitingvormen van alsmede de samenhangende persoonskenmerken met de aanwezigheid van depressiviteit te onderzoeken. Een sterk aspect van het onderzoek is dat de vragenlijsten werden ingevuld door persoonlijke begeleiders van de cliënten die gemiddeld 4 jaar en 2 maanden betrokken zijn bij de cliënt. Hierdoor hebben zij een goed beeld van het gedrag van de cliënt waarvoor zij de vragenlijsten hebben ingevuld wat de betrouwbaarheid vergroot. Daarnaast zijn de vragenlijsten beoordeeld met goede tot uitstekende betrouwbaarheden (Esbensen et al., 2003; Paclawskyj et al., 1997; Rojahn et al., 2003; De Vries, 2016) en bleken de interne consistenties van de subschalen zoals gebruikt in het onderzoek voldoende tot goed ($\alpha = 0.71$ tot $\alpha = 0.92$).

Aanbevelingen

Gezien de kanttekeningen die geplaatst kunnen worden bij de interpretatie van de huidige onderzoeksresultaten en de niet-significante resultaten, wordt de aanbeveling gedaan voor nader onderzoek, opdat personen uit de omgeving van volwassenen met een VB depressiviteit zo vroeg mogelijk kunnen herkennen. Implicaties voor vervolgonderzoek richten zich op het verkrijgen van meer significante resultaten die met een grotere betrouwbaarheid en nauwkeurigheid geïnterpreteerd kunnen worden. Allereerst zou gebruik van een grotere steekproef bijdragen aan resultaten die meer representatief zijn voor de gehele onderzoekspopulatie (volwassenen met een MVB tot ZEVB) en leiden tot kleinere 95%-betrouwbaarheidsintervallen. Op deze manier zal de kans dat dezelfde analyses bij een andere steekproef afwijkende resultaten opleveren minder groot zijn (Van Geldrop & Neven, 2014). Ten tweede is binnen huidig onderzoek enkel gebruik gemaakt van vragenlijsten als onderzoeksinstrumenten. Ook de bepaling van de af- of aanwezigheid van depressiviteit werd gedaan aan de hand van een afkappunt op slechts één vragenlijst. Gebruik van vragenlijsten is tijds efficiënt, goedkoop en gemakkelijk te interpreteren (Timbremont & Braet, 2005). Echter,

Typische en atypische symptomen van depressiviteit bij volwassenen met een verstandelijke beperking

dienen vragenlijsten meer als screenende instrumenten en is het noodzakelijk om gebruik te maken van aanvullende interviews of tests om op een betrouwbare wijze een depressie vast te stellen (Mash & Barkley, 2007). In vervolgonderzoek is het daarom raadzaam om gebruik te maken van verschillende meetinstrumenten en overige interviews en/of testmateriaal bij het vaststellen van depressiviteit, zoals de *Psychiatric Assessment Schedules for Adults with Developmental Disabilities* [PAS-ADD] (Moss et al., 1998). Tot slot zou vervolgonderzoek gebaat zijn bij een grotere zorgvuldigheid bij de samenstelling van het geheel aan variabelen om overlap van aspecten binnen de verschillende variabelen zo veel mogelijk te voorkomen en meer gelijkheid aan te brengen in de meetperiodes (De Boeck, Hardyns, & Pauwels, 2014; Gravetter & Wallnau, 2009).

Referenties

- Allen, P., & Bennet, K. (2010). *PASW statistics by SPSS: a practical guide, version 18.0*. Melbourne: Cengage learning.
- Aman, M. G. (2013). Aberrant behavior checklist. In F. R. Volkmar (ed.), *Encyclopedia of autism spectrum disorders* (pp. 10-17). New York: Springer. doi:10.1007/987-1-4419-1698-3_1632
- Aman, M. G., Singh, N. N., Stewart, A. W., & Field, C. J. (1985). The aberrant behavior checklist: A behavior rating scale for the assessment of treatment effects. *American Journal of Mental Deficiency, 89*, 485-491.
- Amarant: Voor mensen met een beperking (z.d.). Geraadpleegd op: www.amarant.nl
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)* (4th editon, text revision). Washington, DC: Auteur.
- Arnold, I., Waal, M., de, Eekhof, J., Spinhoven, P., Assendelft, P., & Hemert, A., van (2007). Onverklaarde lichamelijke klachten en de samenhang met depressie en angst. *Huisarts en Wetenschap, 50*(13), 969-973. doi:10.1007/BF03085405
- Bakken, T. L., Helverschou, S. B., Eilertsen, D. E., Heggelund, T., Myrbakk, E., & Martinsen, H. (2010). Psychiatric disorders in adolescents and adults with autism and intellectual disability: A representative study in one country in Norway. *Research in Developmental Disabilities, 31*, 1669-1677. doi:10.1016/j.ridd.2010.04.009
- Boeck, A., Hardyns, W., & Pauwels, L. (2014). Het probleem van meetinvariantie bij het vergelijken van subgroepen op basis van somscores: Vermijdingsgedrag als casestudy. *Tijdschrift voor Criminologie, 56*(1), 42-59. Geraadpleegd op: www.search.proquest.com.proxy.library.uu.nl/
- Brand-Piek, E. (2014). Diagnostiek en behandeling van depressie. *Huisarts en Wetenschap, 57*(9), 458-460. doi:10.1007/s12445-014-0237-0
- Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS] (2014). Curatieve GGZ; zorgtrajecten per diagnose, leeftijd, aantal diagnoses. Geraadpleegd op: www.statline.cbs.nl
- Claes, L., Declercq, K., Neve, L., de, Jonckheere, B., Marrecau, J., Morisse, F., Ronsse, E., & Vangansbeke, T. (2012). *Emotionele ontwikkeling bij mensen met een verstandelijke beperking*. Antwerpen: Garant.
- Cooper, S. A., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A., & Allan, L. (2007). An epidemiological investigation of affective disorders with a population-based cohort of

Typische en atypische symptomen van depressiviteit bij volwassenen met een verstandelijke beperking

1023 adults with intellectual disabilities. *Psychological Medicine*, 37, 873–882.

doi:10.1017/S0033291707009968

Coryell, W., Scheftner, W., Keller, M., Endicott, J., Maser, J., & Klerman, G. L. (1993). The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *American Journal of Psychiatry*, 150, 720-727

Craney, T. A., & Surles, J. G. (2002). Model-independent variance inflation factor cutoff values. *Quality Engineering*, 14(3), 391-403. doi:10.1081/QEN-120001878

Deb, S., Thomas, M., & Bright, C. (2001). Mental disorder in adults with intellectual disability. I: Prevalence of functional psychiatric illness among a community-based population aged between 16 and 64 years. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(6), 495-505. doi:10.1046/j.1365-2788.2001.00374.x

Dekker, M., Douma, J., Ruiter, K., de, & Koot, H. (2006). Aard, ernst, comorbiditeit en beloop van gedragsproblemen en psychiatrische stoornissen bij kinderen en jeugdigen met een verstandelijke beperking. In R. Didden (ed.), *In perspectief: Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking* (pp. 21-40). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Demyttenaere, K., & Reynaert, C. (1997). *Depressie en psychosomatiek*, 8. Apeldoorn: Garant.

Didden, R. (2015). *In perspectief: Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Didden, R., Collin, P., & Curfs, L. (2008). Psychopathologie bij mensen met een verstandelijke beperking. In W. Vandereycken, C. A. L. Hoogduin & P. M. G. Emmelkamp (eds.), *Handboek psychopathologie deel 1* (pp. 613-637). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Došen, A. (2007). Integrative treatment in persons with intellectual disability and mental health problems. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(1), 66-74. doi:10.1111/j.1365-2788.2006.00868.x

Emck, C., Bosscher, R., Wieringen, P., van, Beek, P., van, & Doreleijers, T. A. H. (2010). Opvallend, onhandig, onbesuisd of onzeker? Psychomotorische kenmerken van kinderen met psychiatrische stoornissen. *Onderzoek en Richtlijnen*. Geraadpleegd op: www.dare.ubvu.vu.nl

Typische en atypische symptomen van depressiviteit bij volwassenen met een verstandelijke beperking

- Emerson, E. (2003). Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(1), 51-58. doi:10.1046/j.1365-2788.2003.00464.x
- Esbensen, A. J., Rojahn, J., Aman, M. G., & Ruedrich (2003). Reliability and validity of an assessment instrument for anxiety, depression, and mood among individuals with mental retardation. *Journal of Autism and Development Disorders*, 33(6), 617-629. doi:10.1023/B:JADD.0000005999.27178.55
- Evenhuis, H. M. (2011). Stand van zaken. Gezondheid van ouderen met verstandelijke handicaps. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 7, 1-7. Geraadpleegd op: www.erasmusmc.nl/huge/51023/177434/184523/3033373
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS, 3rd edition*. Londen: SAGE Publications.
- Fleiss, J. L. (1981). Balanced incomplete block designs for inter-rater reliability studies. *Applied Psychological Measurement*, 5(1), 105-112.
- Geldrop, W., van, & Neven, K. A. (2014). Betrouwbaarheidsintervallen. *Huisarts en Wetenschap*, 57(11), 579-579. doi:10.1007/s12445-014-0298-0
- GOUD [Gezond Ouder met een Verstandelijke Beperking] (z.d.). Geraadpleegd op: www.onbeperktgezond.nl
- Gravetter, F. J., & Wallnau, L. B. (2009). *Statistics for the behavioral sciences, 8th edition*. Wadsworth: Cengage Learning.
- Gualtieri, C. T. (2002). *Brain injury and mental retardation: Psychopharmacology and neuropsychiatry*. Philadelphia: Williams & Wilkins.
- Hemmings, C. P., Gravestock, S., Pickard, M., & Bouras, N. (2006). Psychiatric symptoms and problem behaviours in people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50, 269-276. doi:10.1111/j.1365-2788.2006.00827.x
- Hermans, H., Beekman, A. T., & Evenhuis, H. M. (2013). Prevalence of depression and anxiety in older users of formal Dutch intellectual disability services. *Journal of Affective Disorders*, 144(1), 94-100. doi:10.1016/j.jad.2012.06.011
- Hermans, H., & Evenhuis, H. M. (2012). Factors associated with depression and anxiety in older adults with intellectual disabilities: Results of the healthy ageing and intellectual disabilities study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28, 691-199. doi: 10.1002/gps.3872

Typische en atypische symptomen van depressiviteit bij volwassenen met een verstandelijke beperking

- Hermans, H., Jelluma, N., & Evenhuis, H. M. (2008). Angst, depressie en stemmingschaal (ADESS): Vertaling van anxiety, depression and mood scale (ADAMS). *Geneeskunde voor Verstandelijk Gehandicapten*. Rotterdam: Erasmus MC.
- Hoevens, H. (2011). Psychopathologische gevolgen van trauma en comorbiditeit. In P. G. H. Aarts & W. D. Visser (eds.), *Trauma: Diagnostiek en behandeling* (pp. 230-241). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hoeymans, N., Melse, J. M., & Schoemaker, C. G. (2010). Gezondheid en determinanten: Deelrapport van de volksgezondheid toekomst verkenning [VTV] 2010, van gezond naar beter. *Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Janssen, C., & Schuengel, C. (2006). Gehechtheid, stress, gedragsproblemen en psychopathologie bij mensen met een lichte verstandelijke beperking: aanzetten voor interventie. In R. Didden (ed.), *In perspectief* (pp. 67-83). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Koch, P. (2005). *Geen gebrek: Over psychiatrie en mensen met een verstandelijke beperking*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Koning, N. D., de, & Collin, P. J. L. (2007). The treatment of children and adolescents with a psychiatric disorder and mental retardation. *Kind en Adolescent*, 28(3), 215-229. doi:10.1007/BF03061032
- Kraijer, D.W., Kema, G.N. & Bildt, A.A. de (2004). *SRZ en SRZ-i: Sociale Redzaamheidschalen: Handleiding*. Lisse: Swets Test Publishers.
- Marston, G. M, Perry, D. W., & Roy A. (2007). Manifestations of depression in people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 41, 476-480. doi:10.1111/j.1365-2788.1997.tb00739.x
- Mash, E.J. & Barkley, R.A. (2007). *Assessment of childhood disorders (vierde editie)*. New York: Guilford Press.
- Moss, S., Prosser, H., Costello, H., Simpson, N., Patel, P., Rowe, S., Turner, S., & Hatton, C. (1998). Reliability and validity of the PAS-ADD checklist for detecting psychiatric disorders in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 42(2), 173-183. doi:10.1046/j.1365-2788.1998.00116.x
- Paclawskyj, T. R., Matson, J. L., Bamburg, J. W., & Baglio, C. S. (1997). A comparison of the diagnostic assessment for the severely handicapped-II (DASH-II) and the aberrant behavior checklist (ABC). *Research in Developmental Disabilities*, 18(4), 289-298.

Typische en atypische symptomen van depressiviteit bij volwassenen met een verstandelijke beperking

- Passer, M., Smith, R., Holt, N., Bremner, A., Sutherland, E., & Vliek, M. (2009). Psychological disorders. In N. Holt, A. Bremner, E. Sutherland, M. L. W. Vliek, M. Passer & R. Smith (eds.). *Psychology: The Science of Mind and Behaviour*. Maidenhead (UK): McGraw-Hill Education
- Penninx, B. W. J. H. (2007). Psychiatrische epidemiologie: De symptomen voorbij. *Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar: Psychiatrische epidemiologie aan het VU medisch centrum / vrije universiteit*. Amsterdam: Universiteit Amsterdam. Geraadpleegd op: www.nesda.nl
- Resing, W. C. M., Bleichrodt, N., Drenth, P. J. D., & Zaal, J. N. (2012). *Revisie Amsterdamse kinder intelligentie test RAKIT: Handleiding*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.B.
- Rojahn, J., Aman, M. G., Matson, J. L., & Mayville, E. (2003). The aberrant behavior checklist and the behavior problems inventory: Convergent and divergent validity. *Research in Developmental Disabilities, 24*(5), 391-404. doi:10.1016/S0891-4222(03)00055-6
- Sieben, I., & Linssen, L. (2009). *Logistische regressie analyse: Een handleiding*. Geraadpleegd op: www.ru.nl/publish/pages/525898/logistischeregressie.pdf
- Simons, A. D., Angell, K. L., Monroe, S. M., & Thase, M. E. (1993). Cognition and life stress in depression: Cognitive factors and the definition, rating, and generation of negative life events. *Journal of Abnormal Psychology, 102*(4), 584-591.
- Smiley, E., & Cooper, S. A. (2003). Intellectual disabilities, depressive episode, diagnostic criteria and diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation (DC-LD). *Journal of Intellectual Disability Research, 47*, 62-71
- Sovner, R. M. D., & Hurley, A. D. (1983). Do the mentally retarded suffer from affective illness? *Archives of General Psychiatry Journal, 40*(1), 61-67. doi:10.1001/archpsyc.1983.01790010063008
- Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., & Balla, D. A. (1989). The vineland adaptive behavior scales. *Major Psychological Assessment Instruments, 2*, 199-231.
- Spijker, J., & Nolen, W. A. (1998). Overzichtsartikel: Voorspellende factoren voor chroniciteit van een depressive, een literatuuronderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 40*(11), 696-709. Geraadpleegd op: www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/issues/73/articles/558

Typische en atypische symptomen van depressiviteit bij volwassenen met een verstandelijke beperking

- Sturm, W., Musters, L., & Assen, I., van der (2014). Individuele psychomotorische therapie (PMT) ter bevordering van het herkennen en het gepast uiten van gevoelens en emoties, voor mensen met internaliserende gedragsproblemen, met een licht verstandelijke beperking (IQ 50-85). *Samenwerking van Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB) en Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (NVPMT)*.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics -5th edition*. Boston: Pearson/Allyn & Bacon.
- Teeuwen, M. L. E. M., & Verhoeff, A. P. (2009). Zware bagage: Psychosociale problemen en verstandelijke beperkingen bij Amsterdamse jeugd: een inventariserend onderzoek. *AISSR en GGD*. Geraadpleegd op: www.dare.uva.nl
- Tellegen, P. J., & Laros, J. A. (2011). *Snijder-Oomen niet-verbale intelligentietest SON-R 6-40: Verantwoording*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers.
- Timbremont, B. & Braet, C. (2005). Depressie bij kinderen en adolescenten, recente inzichten. *Kind en Adolescent*, 26(1), 46-56. doi:10.1007/BF03060940
- Verweij, G., & Houben-van Herten, M. (2013). Depressiviteit en antidepressiva in Nederland. *Bevolkingstrends December 2013*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS]. Geraadpleegd op: www.cbs.nl
- Vries, M. G. G., de (2016). *De relatie tussen depressiviteit en afwijkend gedrag bij volwassenen met een ernstig verstandelijke beperking en de betrouwbaarheid van de ADESS*. Masterthesis: Universiteit Utrecht.
- Wechsler, D. (1991). *Manual for the Wechsler intelligence scale for children – third edition (WISC-III)*. San Antonio, Texas: The Psychological Corporation.
- White, P., Chant, D., Edwards, N., Townsend, C., & Waghorn, G. (2005). Prevalence of intellectual disability and comorbide mental illness in an Australian community sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(5), 395-400. doi:10.1080/j.1440-1614.2005.01587.x
- Wicks-Nelson, R., & Israel, A.C. (2012). Mood disorders. In R. Wicks-Nelson & A. C. Israel (eds.), *Abnormal child and adolescent psychology* (pp. 156-189). Edinburgh: Pearson Education Limited.
- Wijk, G. C. M. T., van (2002). Depressie: Genderverschillen in prevalentie, klinisch beeld en behandelrespons. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 44(6), 377-382. Geraadpleegd op: www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/issues/20/articles/126