

Running head: DE MATE VAN DEPRESSIE EN FACTOREN DIE DAARMEE
SAMENHANGEN BIJ CLIËNTEN VAN SPECIALISTISCHE ZORG AMARANT

De Mate van Depressie en Factoren die Daarmee Samenhangen bij Cliënten van
Specialistische Zorg Amaranant.

Masterthesis
Utrecht Universiteit
Master's programma in Clinical Child, Family and Education Studies

Yvette Verstappen, F132926/5850754
Begeleider Universiteit Utrecht: J. Douma
Tweede beoordelaar: J. Noordstar
Begeleider Amaranant Groep: H. Hermans
20 juni 2017

Voorwoord

Voor u ligt de thesis die ik geschreven heb in het kader van mijn master Orthopedagogiek, over de mate van depressieve symptomen en factoren die daarmee samenhangen bij cliënten van Specialistische Zorg van Amarant. Naast mijn masterthesis heb ik ook mijn stage uitgevoerd binnen deze organisatie. Dit heeft mij extra mogelijkheden geboden. De teams heb zijn persoonlijk over het onderzoek geïnformeerd. Dit is de eerste keer dat ik zelfstandig kwantitatief onderzoek heb uitgevoerd en dit was voor mij een leerzaam proces geweest.

Bij deze wil ik een aantal mensen bedanken. In de eerste plaats mijn begeleidster vanuit de Universiteit Utrecht, Dr. J.C.H. Douma. Haar begeleiding heb ik als prettig ervaren. Door haar feedback kon ik weer aan de slag wanneer ik vastgelopen was in het proces. Daarnaast wist zij mij iedere keer weer te motiveren om aan de slag te gaan. Ook wil ik mijn begeleidster vanuit Amarant, Dr. H. Hermans, bedanken voor haar ondersteuning. Verder wil ik de respondenten, (persoonlijk) begeleiders en Gedragkundigen, van mijn onderzoek bedanken. Zonder hen was het niet gelukt dit onderzoek uit te voeren. Tot slot wil ik mijn familie en vrienden bedanken voor hun mentale en inhoudelijke steun.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Yvette Verstappen

's-Hertogenbosch, 1 juni 2017

Samenvatting

Achtergrond: Depressiviteit is een veel voorkomende stoornis bij zowel mensen met als zonder verstandelijke beperking, maar wordt bij mensen met een matig- of (zeer) ernstige verstandelijke beperking (MVB/(Z)EVB) moeilijk onderkend vanwege atypische depressiesymptomen en communicatieve beperkingen. Bij Specialistische Zorg Amarant (SZ) zijn cliënten woonachtig met een (Z)EVB of MVB en licht verstandelijke beperking (LVB), zij zijn afhankelijk van derden voor waarneming van depressiesymptomen. In eerder onderzoek zijn mogelijk samenhangende factoren met depressie onderzocht, namelijk leeftijd, geslacht, intelligentie, Syndroom van Down, dagbesteding, angst, ziektes en beperkingen. In huidig onderzoek is nagegaan wat de mate is van depressiesymptomen bij cliënten van SZ en mogelijke gerelateerde factoren.

Methode: 53 (persoonlijk) begeleiders van cliënten hebben vragenlijsten ingevuld. Er is Gebruik gemaakt van de vragenlijsten: ‘Angst Depressie en Spanning Schaal’, ‘Afwijkend Gedrag Schaal’ en ‘*checklist life-events*’. In een deels voor dit onderzoek ontwikkelde vragenlijst zijn overige factoren zoals ziektes/beperkingen, sociaal netwerk en dagbesteding/vrije tijd gemeten. In de analyses is gekeken naar de prevalentie van depressie en welke factoren samenhangen met meer symptomen.

Resultaten: De gemiddelde mate van depressieve symptomen is relatief laag. Angst, gedragsproblemen en negatieve levensgebeurtenissen hebben een positief verband met depressiesymptomen. Tot slot wordt een hogere mate van depressiesymptomen gevonden bij cliënten die zichzelf niet kunnen vermaken.

Conclusie: Belangrijk is om de oorzaak van atypische depressiesymptomen, zoals angst en gedragsproblemen, te achterhalen zodat een juiste behandeling ingezet kan worden. Indien cliënten zichzelf niet kunnen vermaken kan hier in het dagprogramma rekening mee worden gehouden. Daarnaast zullen negatieve levensgebeurtenissen zoveel mogelijk beperkt moeten worden.

Kernwoorden: depressie, gerelateerde factoren, verstandelijke beperking.

Abstract

Background: Depression is a common disorder among people with and without intellectual disabilities (ID). However, people with moderate, severe or profound ID show atypical symptoms of depression. As a result, depression is poorly recognised. Clients of *Specialistische Zorg Amarant* (SZ) have a profound, severe or a moderate/mild ID. They are unable to communicate their feelings and depend on third parties. In previous research,

potential related factors are investigated, such as age, sex, intelligence, Down Syndrome, day schedule, anxiety, illnesses and physical limitations. Current research has examined the degree of depressive symptoms of clients of SZ and what client characteristics are related to more symptoms, in order to improve early recognition and treatment of clients.

Methods: 53 (personal) carers of clients have completed questionnaires. Questionnaires as *Angst, Depressie en Stemming Schaal, Afwijkend Gedrag Schaal*, and checklist life-events were used. In a partly developed questionnaire for current research, other factors as illnesses/physical limitations, social network, and day schedule, were measured.

Results: The average rate of depressive symptoms is relatively low. More depressive symptoms were positively associated with anxiety, life-events, and behavioural problems. Also, higher degree of depression symptoms is found in clients who can not entertain themselves.

Conclusion: To use a good treatment of anxiety or behavioural problems, It is important to find the cause of atypical depression symptoms, because there is overlap of symptoms between disorders. If clients can not entertain themselves, it can be taken into account in the daily program. In addition, negative life events will be reduced as much as possible.

Keywords: depression, related factors, intellectual disability.

De Mate van Depressie en Factoren die Daarmee Samenhangen bij Cliënten van
Specialistische Zorg Amarant.

Volgens de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5* (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) kenmerkt een depressie zich door een sombere, lege of prikkelbare stemming, die gepaard gaat met somatische en cognitieve veranderingen in het gedrag die significante beperkingen in dagelijks leven opleveren. Depressie kan verschillende negatieve gevolgen met zich meebrengen, onder andere een negatieve invloed op kwaliteit van leven (Lu, Yuan, Lin, Zhou, & Pan, 2017; Beekman et al., 2002) en het kan leiden tot gezondheidsklachten zoals een hardaandoening en zelfs sterfte (Carney, & Freedland, 2003; Bruce, Seeman, Merrill, & Blazer, 1994). Depressie is veelvoorkomend in de algemene bevolking, 4-10% lijdt hieraan (National Collaborating Centre for Mental Health, 2010). Bij mensen met een verstandelijke beperking (VB) komt depressie ook geregeld voor, namelijk bij ongeveer 2.2 tot 8% (Deb, Thomas, & Bright, 2008; Cooper, Smiley, Morrison, Williamson, & Allen, 2007; White, Chant, Edwards, Townsend, & Waghoen, 2005) en dit loopt op tot 16.9% bij cliënten ouder dan 50 jaar (Hermans, Beekman, & Evenhuis, 2013).

De DSM-5-criteria kunnen echter niet gebruikt worden bij mensen met een matige verstandelijke beperking (MVB) of (zeer) ernstige verstandelijke beperking ((Z)EVB) (Esbensen, Rojahn, Aman, & Ruedrich, 2003). Bij hen worden atypische symptomen of gedragingen van depressie gezien, zoals agressie, driftbuien, rituelen, zelfstimulatie, impulsiviteit en zelfverwondend gedrag (Walton & Kerr, 2017; Hurley, 2008; McGillivray & McCabe, 2007). Došen (2007) vult deze gedragingen aan met, paniekaanvallen, incontinentie, catatonie en fysiologische stoornissen.

Vanwege deze atypische symptomen wordt depressie bij mensen met een VB lang niet altijd herkend (Hurley, 2008). Daarbij komt dat deze doelgroep niet communicatief vaardig genoeg is, waardoor ze niet in staat om gedachten en gevoelens te communiceren en zelfrapportages in te vullen. Ze zijn afhankelijk van observaties van anderen, hetgeen de betrouwbaarheid van de diagnose vermindert (Walton & Kerr, 2017; Hurley, 2008).

Om herkenning van depressie te bevorderen is van belang dat meer bekend wordt over deze atypische symptomen. Daarnaast heeft onderzoek aangetoond dat er factoren zijn die gerelateerd zijn aan het ontstaan of voortbestaan van depressie bij mensen met een VB. Indien ook deze gerelateerde factoren bekend zijn en begeleiders hierop alert zijn, kan depressie eerder herkend worden (Došen, 2007). In het verleden is al onderzoek gedaan naar deze factoren.

Allereerst zijn verschillende persoonskenmerken beschreven. In tegenstelling tot de normale populatie waarin factoren als geslacht (Walker, Došen, Janzing, & Buitelaar, 2011; Eisses et al., 2004) en benedengemiddeld cognitief functioneren (Scult et al., 2017; Zammit et al., 2014) in verband worden gebracht met depressie, wordt dit niet gevonden bij mensen met een VB (Hermans et al., 2013; Hermans & Evenhuis, 2013a). Leeftijd lijkt in eerste instantie een positief verband te hebben met depressie, maar dit wordt beïnvloed door levensgebeurtenissen (zoals veranderingen in personeel of verliezen van iets waardevols) (Hermans & Evenhuis, 2012), ziektes (zoals hartziekten, beroerte, longziekte, epilepsie, diabetes) en beperkingen (zoals in het visus en gehoor en gebruik van een rolstoel). Deze factoren nemen toe naarmate de persoon ouder wordt en hebben een positief verband met depressie (Hermans & Evenhuis, 2013a; McGillivray & McCabe, 2007). Ook wordt een positieve associatie gevonden tussen angstsymptomen en depressiesymptomen (Hermans & Evenhuis, 2013a). Hoewel Hermans en collega's (2013a) geen verband vinden met het Syndroom van Down, wordt dit wel bij 11.1% gerapporteerd (Walker et al., 2011). Mensen met dit syndroom zijn kwetsbaarder voor ontwikkeling van een depressie dan wanneer de VB een andere oorzaak heeft (Collacott, Cooper, & McGrother, 1992).

Ook omgevingsfactoren, zoals sociaal netwerk, hebben invloed op ontwikkeling van depressie. Een klein sociaal netwerk wordt in zowel de normale populatie als bij mensen met een LVB/MVB geassocieerd met gevoelens van eenzaamheid (McGillivray & McCabe, 2007). Beadle-Brown en collega's (2016) tonen aan dat mensen met een (Z)EVB het grootste gedeelte van hun tijd geïsoleerd van andere mensen doorbrengen. Het verband met gevoelens van eenzaamheid wordt hierin niet gelegd, maar wel wordt een verminderde kwaliteit van leven waargenomen. Beadle-Brown en collega's (2016) gaan er vanuit dat kwaliteit van leven bij mensen met een (Z)EVB afhangt van sociale steun. Daarnaast wordt invulling van vrije tijd bij cliënten met een ZEVB geassocieerd met depressie. Naarmate deze cliënten ouder worden, wordt vrije tijd meer door loze uren ingevuld. Dit wordt niet direct geassocieerd met depressie, maar leidt tot lagere mate van kwaliteit van leven (Zijlstra & Vlaskamp, 2005; Duvdevany & Anar, 2004). Het is belangrijk dat cliënten in de buitenlucht komen, omdat depressiesymptomen afnemen door daglicht (Magnusson, & Partonen, 2015). Wind heeft een negatief effect op stemming, zonlicht en temperatuur hebben een positief verband op stemming (Bertone-Johnson, 2009; Denissen, Butalid, Penke, Van Aken, 2008; Lambert, Reid, Kaye, Jennings, & Esler, 2002).

In voorgaande onderzoeken is vooral rekening gehouden met cognitieve ontwikkeling bij een VB. Wijnroks (2013) betoogt echter dat het functioneringsniveau een interactie is

tussen zowel emotioneel als cognitief functioneren. Belangrijk is om naast cognitief ook emotioneel functioneren mee te nemen in huidig onderzoek, omdat deze factoren niet los van elkaar kunnen worden gezien (Wijnroks, 2013).

Cliënten van Specialistische Zorg Amarant (SZ) hebben een (Z)EVB (Amarant Groep, z.d.) of een LVB/MVB. Van SZ is sprake wanneer door de ernst van beperking en omvang van de zorgvraag het niet mogelijk om thuis of in de wijk te wonen, bijvoorbeeld door gedragsproblematiek, autisme of meervoudige beperking. Cliënten ontvangen integrale zorg met verblijf, behandeling en dagbesteding (Amarant Groep, z.d.). Deze cliënten zijn niet in staat hun gevoelens te uiten waardoor depressie vaak niet herkend wordt, dit geeft het belang aan van het huidige onderzoek. Door onderzoek te doen naar de mate van depressiesymptomen en welke factoren hieraan gerelateerd zijn, kan begeleiders alerter zijn op depressiesymptomen en deze herkennen. Vroegtijdig onderkennen van depressie en inzet van behandeling zal het welbevinden van de cliënt vergroten. Verwacht wordt dat eerder genoemde factoren tevens samenhangen met depressie bij cliënten van SZ.

Methode

Design, Steekproef en Procedures

SZ bestaat uit 3 locaties. Vanuit praktische overwegingen is data verzameld bij één van deze drie locaties, omdat onderzoeker op deze locatie werkzaam is. Verwacht wordt dat deze locatie representatief is voor de overige twee locaties. De cliëntkenner, persoonlijk begeleider (pb'er) (94.6%), begeleider (5.4%) en gedragskundigen vormen in dit onderzoek respondenten.

Gebruik is gemaakt van het screeningsonderzoek GOUD dat onderzoek doet naar depressie, onderdeel van de studie Gezond OUDer met een VB (GOUD) (Hilgenkamp et al., 2011). De inclusiecriteria voor het screeningsonderzoek waren een leeftijd boven 18 jaar en een IQ onder 70. Onderzoekspopulatie van huidig onderzoek bestaat uit 88 cliënten uit het screeningsonderzoek GOUD. Een *informed consent* procedure is gevolgd, waarbij wettelijk vertegenwoordigers zijn benaderd. Informatie over het onderzoek is gegeven en toestemming is gevraagd voor het opvragen van gegevens bij gedragskundige en pb'er. Voor 73 van 88 cliënten is toestemming ontvangen. De respondenten zijn voor deze 73 cliënten (subjecten) benaderd. Het responspercentage was 60,23% wat resulteert in een steekproefgrootte $N = 53$. De subjecten zijn verdeeld over verschillende woonvoorzieningen, waardoor deze representatief zijn voor overige cliënten die niet aan huidig onderzoek deelnamen. Cliëntgegevens staan in Tabel 1.

Tabel 1

Gegevens van de Steekproef (N=53)

Clïentgegevens	<i>N</i>	% van totaal	<i>M</i>	<i>SD</i>
Depressie			7.04	6.60
Leeftijd			55.2	18.8
Geslacht				
Man	40	75.50		
Vrouw	13	24.50		
Syndroom van Down	4	7.50		
Mate van verstandelijke beperking				
Licht	1	1.90		
Matig	13	24.50		
Ernstig	18	34.00		
Zeer ernstig	20	37.70		
Emotioneel niveau				
Adaptatiefase	20	37.70		
Eerste socialisatiefase	12	22.60		
Eerste individuatiefase	11	20.80		
Identificatiefase	3	5.70		
Negatieve invloed van ziekte/beperking – ja	13	24.53		
- nee	40	75.47		
Sociale contacten				
Kwaliteit van contact			7.39	1.49
Behoefte aan meer contact – ja	22	41.5		
- nee	29	54.7		
Dagbesteding en vrije tijd				
Uren dagbesteding per week			8.56	2.81
Loze minuten per dag			6.88	3.88
Aantal uren buitenlucht per week			7.46	8.32
Clïent kan zichzelf vermaken – ja	29	54.7		
- nee	22	41.5		
Gedragsproblemen				
Prikkelbaarheid			4.86	6.41
Hyperactiviteit			5.54	6.35
Lethargie			5.94	7.32
Stereotypie			1.52	2.31
Inadequate spraak			1.06	2.12
Angst en spanning			9.94	7.64
Aantal negatieve levensgebeurtenissen			1.73	1.77

Noot: *N* = aantal cliënten; *M* = gemiddelde; *SD* = standaarddeviatie

Meetinstrumenten

Depressie was de afhankelijke variabele in dit onderzoek. De mate van depressie is bepaald met de subschaal ‘depressie’ van de ADESS en bestaat uit 13 items, die allen worden beantwoord op een 4-punts antwoordschaal (0= symptoom is niet aanwezig, vormt geen probleem; 1= symptoom is af en toe aanwezig, vormt een gering probleem; 2= symptoom is

regelmatig aanwezig, vormt een matig probleem; 3= symptoom is vaak aanwezig, vormt een ernstig probleem). Voorbeelditems zijn ‘slaapt meer dan normaal’, ‘gemakkelijk afgeleid’ en ‘zorgelijk of tobberig’. Een subschaalscore van 14 of hoger weergeeft een verhoogd risico op aanwezigheid van een depressieve stoornis (Hermans & Evenhuis, 2013b). De ADESS is de Nederlandse vertaling van *Anxiety, Depression, And Mood Scale* (ADAMS; Esbensen et al., 2003). Betrouwbaarheid en validiteit worden beoordeeld als redelijk tot goed (Esbensen et al., 2003). De test-hertestbetrouwbaarheid en interbeoordelaarsbetrouwbaarheid voor de totale onderzoekspopulatie wordt beoordeeld als redelijk tot goed. Voor volwassenen boven 50 jaar met een (Z)EVB is de test-hertestbetrouwbaarheid laag (Hermans & Evenhuis, 2013a). In dit onderzoek wordt geanalyseerd met de totale subschaalscore, waarbij een hogere score een hogere mate van depressiesymptomen weergeeft. De interne consistentie van de subschaal in huidig onderzoek is goed ($\alpha = .86$).

Leeftijd. Op basis van geboortedatum en invuldatum is leeftijd in jaren van een cliënt berekend. Leeftijd wordt als continue variabele meegenomen in de analyse.

Geslacht. De respondent is gevraagd om het geslacht van de cliënt in te vullen. De variabele wordt als dichotome variabele meegenomen in de analyse.

Syndroom van Down. De gedragskundige is gevraagd om in te vullen of de cliënt het Syndroom van Down heeft. De variabele is als dichotome variabele meegenomen in de analyse.

Het intelligentieniveau van de cliënt is bepaald met niveau-indeling van Kraijer en Plas (2006) waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen LVB (IQ 51-70; ontwikkelingsleeftijd 6;6-12 jaar), MVB (IQ 36-51; ontwikkelingsleeftijd 4-6;6 jaar), EVB (IQ 20-36; ontwikkelingsleeftijd 2-4 jaar) en ZEVB (IQ 0-20; ontwikkelingsleeftijd 0-2 jaar). Gedragskundigen zijn benaderd om het intelligentiequotiënt in te vullen op zowel totaal, verbaal als per formaal gebied. Echter zijn deze intelligentiequotiënten voor slechts één subject ingevuld. In andere gevallen werd functioneringsniveau van cliënt aangegeven en dit is gebaseerd op informatie uit het cliëntdossier. Incidenteel gaven gedragskundigen aan op welk onderzoeksinstrument hun oordeel gebaseerd is. Voorbeelden zijn de *Wechsler Intelligence Scale for Children-III* (WISC-III; Wechsler, 2005), *Vineland Adaptive Behavior Scale* (VABS; Sparrow, Balla, & Chicchetti, 1997) en Sociale Redzaamheidschaal voor Zwakzinnigen (SRZ; Kraijer, Kema, & Bildt, 2004). Indien de cliënt in verschillende niveaus van VB werd ingedeeld, is het laagste niveau gehanteerd. De variabele niveau van VB is als ordinale variabele in analyses meegenomen. LVB is uitgesloten, omdat maar één subject op dit niveau functioneert.

Emotioneel ontwikkelingsniveau is gebaseerd op gegevens uit het cliëntdossier op basis van Schaal voor Emotionele Ontwikkeling - *Revised* (SEO-R; Claes, & Verduyn, 2013). De SEO-R is geen wetenschappelijk instrument en onderzoek naar betrouwbaarheid en validiteit is nog niet uitgevoerd. Het is een hulpmiddel om een inschatting te maken van het emotioneel niveau van de cliënt (Claes & Verduyn, 2013). Op basis van een interview met twee cliëntkenners of observatie wordt de cliënt voor elk van de tien domeinen ingedeeld in verschillende ontwikkelingsfasen. Voorbeelden van deze domeinen zijn ‘omgaan met eigen lichaam’, ‘omgaan met emotioneel belangrijke anderen’ en ‘differentiatie van emoties’. Er zijn vijf ontwikkelingsfasen, waaronder adaptatiefase (0-6 maanden), eerste socialisatiefase (6-18 maanden), eerste individuatiefase (18-36 maanden), identificatiefase (3-7 jaar) en fase van realiteitsbewustwording (7-12 jaar). Aan de hand van de zeven laagst gescoorde domeinen is het emotioneel niveau ingeschat (Claes & Verduyn, 2013; Došen, 2007).

Bij 46 cliënten is op basis van SEO-R het emotioneel niveau bekend. Bij zes van deze zijn onderzoeksgegevens verouderd (binnen Amarant zijn diagnostische onderzoeksgegevens vijf jaar geldig), echter geeft de gedragskundige aan dat deze cliënten volwassen zijn en uitontwikkeld, waardoor gegevens toch meegenomen zijn in huidig onderzoek. Bij één cliënt kan geen niveau worden vastgesteld vanwege een disharmonisch profiel. Bij zeven cliënten was het ontwikkelingsniveau niet bekend.

Deze variabele is als ordinale variabele meegenomen in de analyse. De eerste identificatiefase is uitgesloten van het onderzoek, omdat deze maar bij vier subjecten van toepassing is.

Ziektes en beperkingen. Vragen hierover zijn opgesteld aan de hand van literatuur (Hermans & Evenhuis, 2013a). Gevraagd is naar ziektes (als diabetes en epilepsie) en beperkingen (als visuele, auditief of motorische beperking). In eerste instantie is gevraagd of de cliënt deze ziekte/beperking had (ja/nee). Indien dit zo was, is gevraagd in welke mate de cliënt in de afgelopen twee weken een negatieve invloed heeft ervaren op zijn/haar dagelijks leven (0= helemaal niet, 1= beetje, 2= grotendeels, 3= helemaal). Geen aanwezigheid van ziekte/beperking en scores 0 en 1 zijn gerekend als geen negatieve invloed. Scores 2 en 3 zijn gerekend als negatieve invloed. In de analyses zou per beperking/ziekte gerekend worden met aantal cliënten dat een negatieve invloed door die beperking/ziekte ervaarde. Dit aantal bleek echter zeer klein (variërend van 1 tot 7 cliënten). Daarom is in de analyses gerekend met cliënten die minimaal 1 negatieve invloed van beperking/ziekte ervaren versus cliënten die geen ziekte/beperking hebben of geen negatieve invloed ervaren.

Sociale contacten zijn door meerdere variabelen gemeten. De bijbehorende vragen zijn opgesteld aan de hand van literatuur (Beadle-Brown et al., 2016; McGillivray & McCabe, 2007). Middels een rapportcijfer kon worden aangegeven hoe de cliënt kwaliteit van het contact ervaarde met familie, vrijwilliger(s) of medecliënten. Een hogere score staat voor hogere kwaliteit van contact. Het gemiddelde is berekend en als continue variabele meegenomen in de analyse. Vervolgens kon nog worden aangegeven of de cliënt wel/geen behoefte heeft aan meer contact, wat als dichotome variabele meegenomen is in analyse.

Dagbesteding en vrije tijd. Ook dit construct bestaat uit meerdere variabelen. Op basis van literatuur (Zijlstra & Vlaskamp, 2005; Duvdevany & Anar, 2004) zijn een viertal vragen opgesteld over dagbesteding en vrije tijd van de cliënt. Allereerst is middels een open vraag het aantal uren dagbesteding per week uitgevraagd en dit is als continue variabele meegenomen in huidig onderzoek. Ten tweede kon, middels intervallen van 10 minuten in een 10-punts antwoordschaal (0= 0-10 minuten t/m 10= > 90 minuten), het aantal loze minuten per dag aangeven worden. Indien sprake was van meer dan 90 minuten loze momenten, kon de respondent aangeven om hoeveel minuten dit ging. Hiermee is de antwoordschaal verder uitgebreid tot 120 minuten en wordt deze als continue variabele meegenomen. Ten derde is uitgevraagd hoeveel kwartier per dag de cliënt in de buitenlucht is. Deze variabele is omgerekend naar aantal uur buitenlucht in de week en is als continue variabele meegenomen in de analyse. Tot slot werd door één vraag (te beantwoorden op een 4-punts antwoordschaal; 0= helemaal niet; 1= beetje; 2= grotendeels; 3= helemaal) gevraagd in hoeverre de cliënt in staat is zichzelf te vermaken. Dit is gedichotomiseerd, waarbij onderscheid is gemaakt tussen zichzelf niet ('helemaal niet'/'een beetje') en wel ('grotendeels'/'helemaal') kunnen vermaken.

Aantal negatieve levensgebeurtenissen. Hiervoor is de *checklist life-events* gebruikt (Hermans & Evenhuis, 2008), die gebaseerd is op onder andere de *Brugha life events checklist* (Brugha, Bebbington, Tennant, & Hurry, 1985) en *Psychiatric Assessment Schedule for Adults with a Developmental Disability* (PAS-ADD) (Moss, Ibbotson, & Prosser, 1994). In deze vragenlijst staan 19 gebeurtenissen die negatieve invloed kunnen hebben op het leven van cliënten. Voorbeelden hiervan zijn 'structurele verandering van personeel in woonvoorziening' en 'verhuizing van thuiswonend naar zorgorganisatie'. Eerst is gevraagd of een van deze gebeurtenissen is voorgekomen in de afgelopen 12 maanden (ja/nee). Indien dit zo was werd gevraagd of de cliënt daardoor een negatieve invloed heeft ervaren (ja/nee). Onderscheid is gemaakt tussen cliënten die de gebeurtenis hebben meegemaakt en dit als

negatief ervaren versus cliënten de gebeurtenis niet hebben meegemaakt of geen negatieve gevolgen ervaren.

Het totaal aantal levensgebeurtenissen met een negatieve invloed per cliënt is geanalyseerd.

Angst en spanning zijn gemeten met de subschaal ‘Angst en Spanning’ van eerder genoemde ADESS en bestaat uit 14 items. Voorbeelditems zijn ‘nerveus of zenuwachtig’, ‘angstig’ en ‘trekt zich terug van andere mensen’. De subschaalscore is als continue variabele meegenomen. De interne consistentie is goed ($\alpha = .83$).

Gedragsproblemen zijn vastgesteld met de Nederlandse vertaling van de *Aberrant Behavior Checklist* (ABC; Aman, Sing, Stewart, & Field, 1985), de Afwijkend Gedrag Schaal (AGS; Maas, 2002). Vijf storende gedragingen zijn gemeten (Karabekiroglu & Aman, 2009): prikkelbaarheid (15 items; waaronder ‘verwondt zichzelf’), hyperactiviteit (16 items; waaronder ‘zeer druk op de afdeling’), lethargie (16 items; waaronder ‘sluit zich niet aan bij activiteiten op de afdeling’), stereotypie (7 items; waaronder ‘schudt of rolt met het hoofd’) en inadequate spraak (4 items; waaronder ‘herhaalt een woord of zin steeds maar weer’). De items zijn beantwoord middels een 4-punts antwoordschaal (0= geen probleem; 1= problematisch, maar in lichte mate; 2= problematisch; 3= zeer problematisch). De interne consistentie van deze subschalen zijn voldoende/goed: prikkelbaarheid, $\alpha = .91$; hyperactiviteit, $\alpha = .91$; lethargie, $\alpha = .93$; stereotypie, $\alpha = .74$; inadequate spraak, $\alpha = .90$. Geanalyseerd is met subschaalscores, waarbij een hogere score staat voor meer probleemgedrag.

Statistische Analyse

De verzamelde data werd verwerkt in *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versie 22. De afhankelijke variabele is de subschaalscore ‘depressie’. De assumptie van normaliteit is gecontroleerd aan de hand van de *test of normality*, met behulp van de Kolmogrov-Smirnov, $D(52) = 0.16$, $p = .002$ en Shapiro-Wilk test, $W(52) = .88$, $p = < .001$. Hierdoor kan worden vastgesteld dat de assumptie van normaliteit is geschonden, waardoor non-parametrisch is getoetst.

De onafhankelijke variabelen hebben verschillende meetniveaus. Om het verband van variabelen met een continue uitkomstmaat met depressie te berekenen, is gebruik gemaakt van de *Spearman Rho* correlatiecoëfficiënt. Met de *Kruskall-Wallis* test is nagegaan of gemiddeld aantal depressiesymptomen verschilt voor 3 of meer groepen. Met de *Mann-Whitney U*-test is dit gedaan voor vergelijking tussen twee groepen (de dichotome variabelen). In het laatste geval is vanwege de kleine steekproef gebruik gemaakt van de

exacte methode om significantieniveau te berekenen (Field, 2009). Een significantieniveau van .05 bij tweezijdige toetsing wordt gebruikt.

Resultaten

Van alle subjecten ($N = 53$) is bij 52 subjecten subschaalscore ‘depressie’ bekend. Vanwege te veel missende scores kon bij één subject depressiescore niet berekend worden. In 79.2% ($n = 42$) van de gevallen is geen verhoogd risico op depressie aanwezig, bij 18.9% ($n = 10$) wel. Twee uitschieters in depressiescore (score 27 en 25) zijn uit de analyse gefilterd om vertekening te voorkomen (Field, 2009). Na uitsluiting ($N = 50$) varieert de depressiescore tussen 0 en 19, met een gemiddelde van $M = 6.28$ ($SD = 5.48$). De Spearman rho (r_s) correlatiecoëfficiënten, resultaten van Mann-Whitney U-test en Kruskal-Wallis test zijn opgenomen in Tabel 2.

Significante positieve verbanden zijn gevonden tussen variabelen ‘angst en spanning’, ($r_s = .50$, $p = <.001$; 25% verklaarde variantie), ‘gedragsproblemen waaronder prikkelbaarheid’ ($r_s = .66$, $p = <.001$; verklaarde variantie 44%), ‘hyperactiviteit’ ($r_s = .54$, $p = <.001$; verklaarde variantie 29%), ‘lethargie’ ($r_s = .58$, $p = <.001$; verklaarde variantie 34%) en ‘stereotypie’ ($r_s = .43$, $p = .002$; verklaarde variantie 18%), ‘negatieve invloed van levensgebeurtenissen’, ($r_s = .35$, $p = .015$; 12% verklaarde variantie). Tot slot bleken cliënten die zichzelf kunnen vermaken significant minder depressiesymptomen te hebben dan degenen die dat niet kunnen ($U = 170$, $z = -2.310$, $p = .021$, $r = -.33$).

DE MATE VAN DEPRESSIE EN FACTOREN DIE DAARMEE SAMENHANGEN BIJ 14
 CLIËNTEN VAN SPECIALISTISCHE ZORG AMARANT

Tabel 2

Resultaten voor Onafhankelijke Variabelen op Mate van Depressieve Symptomen: Spearman
 Rho Correlatiecoëfficiënt, Mann-Whitney U-Test en Kruskal-Wallis Test

		Mate van depressieve symptomen					
		r_s	M	SD	$Mean$ $rank$	U	p
Leeftijd		-.10					.48
Geslacht	Mannen		6.18	5.28	25.43	225.50	.96
	Vrouwen		6.58	6.30	25.71		
Syndroom van Down	Nee		6.52	5.49	26.29	55.50	.20
	Ja		3.50	5.20	16.38		
Negatieve invloed ziektes en beperkingen							
	- ja		8.00	5.70	23.72	174.50	.15
	- nee		5.68	5.34	30.58		
Sociale contacten							
	Kwaliteit contact	.00					.99
	Behoeftte aan meer contact - nee		5.54	5.30	23.34	247.50	.35
	- ja		6.8	5.46	27.21		
Dagbesteding en vrije tijd	Uren dagbesteding per week	-.28					.06
	Loze minuten per dag	.13					.40
	Uren buitenlucht per week	.15					.36
	Zichzelf kunnen vermaken - nee		8.50	5.93	30.00	170.00	.02
	- ja		4.46	4.33	20.57		
Negatieve levensgebeurtenissen Gedragsproblemen		.35					.02
	Prikkelbaarheid	.66					<.01
	Hyperactiviteit	.54					<.01
	Lethargie	.58					<.01
	Stereotypie	.43					<.01
	Inadequate spraak	.02					.87
Angst en spanning		.50					<.01
			M	SD	$Mean$ $rank$	X^2	p
Intelligentie- niveau	ZEVB		6.84	5.00	26.28	3.42	.18
	EVb		6.75	5.53	28.64		
	MVB		4.45	5.70	19.23		
Emotioneel niveau	Adaptatiefase		7.58	4.55	21.58	.31	.86
	Socialisatiefase		7.33	6.18	20.08		
	Eerste individuatiefase		6.89	7.11	22.91		

Conclusie en discussie

Mensen met een MVB t/m ZEVB laten andere depressiesymptomen zien dan de DSM-5 beschrijft (Walton & Kerr, 2017; Hurley, 2008; McGillivray & McCabe, 2007). Hierdoor wordt depressie door de begeleiders vaak niet herkend. Inzicht in atypische symptomen en aan (andere) depressie gerelateerde factoren kan begeleiders alerter maken op aanwezigheid van depressie bij cliënten, waardoor sneller ge- of behandeld kan worden. Huidig onderzoek trachtte inzicht te krijgen in de mate van depressie en aan depressie gerelateerde factoren bij cliënten van SZ. Onderzoek bij deze doelgroep is belangrijk omdat deze cliënten niet in staat zijn hun gevoelens te uiten en daarmee afhankelijk zijn van observaties van begeleiders.

De mate waarin cliënten van huidig onderzoek depressiesymptomen ervaren is relatief laag ($M = 6.28$, $SD = 5.48$). De gemiddelde score bevindt zich (ruim) onder het afkappunt van 14. Daarentegen voldoen 10 cliënten (18.87%) aan het afkappunt. Ten opzichte van de 2.2-8% (Deb et al., 2008; Cooper et al., 2007; White et al., 2005) is dit veel. Echter dient de ADESS als screeningsinstrument waarbij een score boven het afkappunt wijst op een verhoogd risico op depressie, maar de diagnose depressie wordt hiermee niet gesteld. Verwacht wordt dat het percentage waarbij de diagnose depressie wordt gesteld lager zal zijn.

Vervolgens is onderzocht welke factoren een verband hebben met depressie. De literatuur beschrijft gedragsproblematiek als atypisch depressiesymptoom (Walton & Kerr, 2016; Hurley, 2008; McGillivray & McCabe, 2007). Dit blijkt ook uit huidig onderzoek, dat een significant verband laat zien met gedragsproblemen als hyperactiviteit, prikkelbaarheid, lethargie en stereotypie. Hetzelfde geldt voor het atypische symptoom angst. Er is sprake van een hoge comorbiditeit tussen stemming- en angststoornissen en –symptomen (Byers, Yaffe, Covinsky, Friedman, & Bruce, 2010). Wat betreft atypische symptomen van depressie dient in ogenschouw genomen te worden dat wanneer deze zich voordoen, zoals paniekaanvallen en gedragsproblemen, dit veroorzaakt kan worden door depressie (Hurley, 2008; Došen, 2007). Echter kan hier ook een angststoornis aan ten grondslag liggen (American Psychiatric Association, 2013). De gedragskundige dient samen met begeleiders de achterliggende oorzaak van deze symptomen te achterhalen, zodat een passende behandeling kan worden ingezet. Om te onderzoeken of depressie de onderliggende oorzaak is, kan gebruik worden gemaakt van screeningslijsten zoals in huidig onderzoek gebruikte ADESS (Hermans & Evenhuis, 2013b) en Signaallijst Depressie voor Zwakzinnigen (SDZ; Roeden, 1989). Bij een verhoogde depressiescore dient vervolgonderzoek en behandeling gestart te worden.

In overeenstemming met literatuur is in huidig onderzoek geen verband gevonden tussen depressiesymptomen en leeftijd (Hermans & Evenhuis, 2013a), geslacht van cliënt en

niveau van VB (Hermans et al., 2013; Hermans & Evenhuis, 2013a). Volgens Wijnroks (2013) zijn intelligentieniveau en emotioneel niveau twee factoren die niet los van elkaar kunnen worden gezien. Echter is emotioneel niveau in onderzoek tot nu toe niet meegenomen. Van den Berg (2017) geeft aan dat emotioneel niveau een belangrijk onderdeel is waar begeleiding op afgestemd moet worden. Indien dit niet wordt nagestreefd, kan dit stress opleveren voor de cliënt. Dit kan zich uiten in psychische stoornissen. Om die reden is in huidig onderzoek naast intelligentie ook emotioneel functioneren meegenomen. In overeenstemming met het beeld dat Wijnroks (2013) schetst, wordt geen significant verband gevonden tussen emotioneel functioneren en depressie.

Daarnaast werd naar aanleiding van literatuur een verband verwacht tussen dagbesteding en vrije tijd. Loze uren worden in verband gebracht met lagere mate van kwaliteit van leven (Zijlstra & Vlaskamp, 2005). Hoewel huidig onderzoek geen significant verband aantoonde tussen uren dagbesteding en loze momenten, is wel een verband gevonden tussen zelfvermaak en depressiesymptomen. Een hogere depressiescore werd waargenomen bij cliënten die zichzelf niet kunnen vermaken. Middels observatieschema's kan worden onderzocht of de cliënt zichzelf kan vermaken. Gedragkundigen en pb'ers dienen hier bij opstellen van een dagprogramma rekening mee te houden.

In overeenstemming met de literatuur (Hermans & Evenhuis, 2012) is een verband gevonden tussen aantal negatieve levensgebeurtenissen en depressiesymptomen. Meer depressiesymptomen worden waargenomen bij cliënten die meer negatieve levensgebeurtenissen ervaren. In de praktijk betekent dit dat gebeurtenissen als verandering van personeel en verhuizing zoveel mogelijk voorkomen moeten worden. Ook op management niveau zijn hiervoor gevolgen, zoals bijvoorbeeld inzet van flexibele medewerkers.

Een klein sociaal netwerk wordt in verband gebracht met depressie bij mensen met een VB, zij brengen een groot gedeelte van hun tijd geïsoleerd van andere mensen door. Dit heeft niet direct invloed op depressie, maar leidt wel tot lagere mate van kwaliteit van leven (Beadle-Brown, 2016; McGillivray & McCabe, 2007). Huidig onderzoek vond geen significant verband tussen contact met familie, vrijwilliger(s) en medecliënten. Hier zijn verschillende verklaringen voor. Allereerst zijn de cliënten woonachtig binnen een woonvoorziening waarbij begeleiders aanwezig zijn. Enkel familie, vrijwilliger(s) en medecliënten zijn in huidig onderzoek meegenomen. Begeleiders ontbreken, dit vormt een beperking in huidig onderzoek. Mogelijk zijn de begeleiders voldoende in staat om in het contact met de cliënt voldoende te bieden, dit vormt een positief effect op de cliënt zijn

welbevinden en beperkt hiermee sociale isolatie (Van den Broek, 2017). Door gebruik van een proxyinstrument kan het zijn dat begeleiders een verkeerde inschatting maken van hoe de cliënt zich voelt en de vragenlijst hierdoor verkeerd invullen, waardoor een verband onterecht niet gevonden wordt.

In tegenstelling tot de literatuur, ontbreekt het verband tussen negatieve invloed van ziektes/beperkingen (Hermans & Evenhuis, 2013a) en Syndroom van Down (Collacott et al., 1992; Walker et al., 2011). Mogelijk kan dit verklaard worden door de kleine steekproef. Daarnaast vult een begeleider op basis van observatie in of een cliënt een negatieve invloed ervaart in de afgelopen twee weken. Mogelijk ervaart de cliënt al langer dan in de afgelopen twee weken een negatieve invloed, waardoor begeleider daarom onterecht invult dat geen negatieve invloed ervaren wordt.

Voor een juiste interpretatie van bevindingen in huidig onderzoek dient rekening gehouden te worden met de volgende punten. Allereerst is er sprake van een cross-sectioneel onderzoek, waardoor niet gesproken kan worden van een causaal verband met depressie. De betrouwbaarheid en mate van generaliseerbaarheid van resultaten kunnen negatief beïnvloed worden door de kleine en selecte steekproef. Daarnaast heeft huidig onderzoek een specifieke doelgroep. De resultaten zijn niet generaliseerbaar naar cliënten die in de wijk of thuis wonen, omdat daar een andere mate van zorg geboden wordt. Wel zijn resultaten generaliseerbaar voor overige locaties van SZ. Zoals beschreven dient rekening gehouden te worden met gebruik van een proxyinstrument, dat de betrouwbaarheid van huidig onderzoek mogelijk schaadt. Door de literatuur aangetoonde verbanden zoals het Syndroom van Down, ziektes/beperkingen en depressie worden hierdoor mogelijk niet gevonden.

Aanbevelingen die gemaakt worden voor verder onderzoek zijn allereerst het uitvoeren van longitudinaal onderzoek, zodat met meer zekerheid verbanden aangetoond kunnen worden tussen verschillende factoren en depressie. Depressiesymptomen dienen namelijk gedurende een langere periode aanwezig zijn om te kunnen spreken van een stoornis. Daarnaast wordt aanbevolen verder onderzoek te doen naar contact tussen cliënten en begeleiders en het verband met depressie. Mogelijk heeft het contact met begeleiders voldoende positieve invloed op het welbevinden van de cliënt (Van den Broek, 2017).

Referenties:

- 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 Groep. (z.d.). *Specialistische zorg*. Verkregen via:
<https://www.amarant.nl/professionals/onze-zorg/specialistische-zorg>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Beadle-Brown, J., Leigh, J., Whelton, B., Richardson, L., Beecham, J., Baumker, T., & Bradshaw, J. (2016). Quality of life and quality of support for people with severe intellectual disability and complex needs. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 29*, 409-421. doi:10.1111/jar.12200
- Beekman, A. T. F., Penninx, B. W. J. H., Deeg, D. J. H., Beurs, E. de, Geerlings, S. W., & Tilburg, W. van (2002). The impact of depression on the well-being disability and use of services in older adults: A longitudinal perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 105*, 20-27. doi:10.1034/j.1600-0447.2002.10078.x
- Berg, M. van den (2017). Emotionele ontwikkeling en psychische stoornissen. In J. de Bruijn, J. Vonk, A. van den Broek, & B. Twint (Red.), *Handboek emotionele ontwikkeling en verstandelijke beperking* (pp. 153-173). Amsterdam: Boom Uitgevers.
- Bertone-Johnson, E. R. (2009). Vitamin D and the occurrence of depression: Causal association or circumstantial evidence? *Nutrition Reviews, 67*, 481-492. doi:10.1111/j.1753-4887.2009.00220.x
- Broek, A. van den (2017). Emotionele ontwikkeling en methodische ondersteuning van mensen met een verstandelijke beperking. In J. de Bruijn, J. Vonk, A. van den Broek, & B. Twint (Red.), *Handboek emotionele ontwikkeling en verstandelijke beperking* (pp. 177-190). Amsterdam: Boom Uitgevers.
- Bruce, M. L., Seeman, T. E., Merrill, S. S., & Blazer, D. G. (1994). The impact of depressive symptomatology on physical disability: MacArthur studies of successful aging. *American Journal of Public Health, 84*, 1796-1799.
- Brugha, T., Bebbington, P., Tennant, C., & Hurry, J. (1985). The list of threatening experiences: A subset of 12 life event categories with considerable long-term contextual threat. *Psychological Medicine, 15*, 189-194. doi:10.1017/S003329170002105X

- Byers, A. L., Yaffe, K., Covinsky, K. E., Friedman, M. B., & Bruce, M. L. (2010). High occurrence of mood and anxiety disorders among older adults. *Archives of General Psychiatry*, *67*, 489-496. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.35
- Carney, R. M., & Freedland, K. E. (2003). Depression, mortality, and medical morbidity in patients with coronary heart disease. *Society of Biological Psychiatry*, *54*, 241-247. doi:10.1016.S0006-3223(03)00111-2
- Claes, L., & Verduyn, A. (Red.). (2013). *SEO-R. Schaal voor emotionele ontwikkeling bij mensen met een verstandelijke beperking – revised*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant-Uitgevers.
- Collacott, R. A., Cooper, S., & McGrother, C. (1992). Differential rates of psychiatric disorders in adults with down's syndrome compared with other mentally handicapped adults. *British Journal of Psychiatry*, *161*, 671-674. doi:10.1192/bjp.161.5.671
- Cooper, S., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A., & Allan, L. (2007). An epidemiological investigation of affective disorders with a population-based cohort of 1023 adults with intellectual disabilities. *Psychological Medicine*, *37*, 873-882. doi:10.1017/S0033291707009968
- Deb, S., Thomas, M., & Bright, C. (2008). Mental disorder in adults with intellectual disability. 1: Prevalence of functional psychiatric illness among a community-based population aged between 16 and 64 years. *Journal of Intellectual Disability Research*, *45*, 495-505. doi:10.1046/j.1365-2788.2001.00374.x
- Denissen, J. J. A., Butalid, L., Penke, L., & Aken, M. A. G. van (2008). The effects of weather on daily mood: A multilevel approach. *Emotion*, *8*, 662-667. doi:10.1037/a.0013497
- Došen, A. (2007). *Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap*. Assen: Koninklijke van Gorcum BV.
- Duvdevany, I., & Arar, E. (2004). Leisure activities, friendships, and quality of life of persons with intellectual disability: Foster homes vs community residential settings. *International Journal of Rehabilitation Research*, *27*, 289-296. doi:10.1097/00004356-200412000-00006
- Eisses, A. M. H., Kluiters, H., Jongenelis, K., Pot, A. M., Beekman, A. T. F., & Ormel, J. (2004). Risk indicators of depression in residential homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *19*, 634-640. doi:10.1002/gps.1137

- Esbensen, A. J., Rojahn, J., Aman, M. G., & Ruedrich, S. (2003). Reliability and validity of an assessment instrument for anxiety, depression, and mood among individuals with mental retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *33*, 617-629. doi:10.1023/B:JADD.00000005999.27178.55
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (4th ed.). London: Sage Publications.
- Hermans, H., Beekman, A. T. F., & Evenhuis, H. M. (2013). Prevalence of depression and anxiety in older users of formal Dutch intellectual disability services. *Journal of Affective Disorders*, *144*, 94-100. doi:10.1016/j.jad.2012.06.011
- Hermans, H., & Evenhuis, H. M. (2008) Checklist life events. *Geneeskunde voor Verstandelijk Gehandicapten*. Rotterdam: Erasmus MC.
- Hermans, H., & Evenhuis, H. M. (2012). Life events and their associations with depression and anxiety in older people with intellectual disabilities: Results of the HA-ID study. *Journal of Affective Disorders*, *138*, 79-85. doi:10.1016/j.jad.2011.12.025
- Hermans, H., & Evenhuis, H. M. (2013a). 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*, 691-699. doi:10.1002/gps.3872
- Hermans, H., & Evenhuis, H. M. (2013b). Handleiding angst, depressie en stemming schaal. *Geneeskunde voor Verstandelijk Gehandicapten*. Rotterdam: Erasmus MC.
- Hilgenkamp, T. I. M., Bastiaanse, L. P., Hermans, H., Penning, C., Wijck, R. van, & Evenhuis, H. M. (2011). Study healthy ageing and intellectual disabilities: Recruitment and design. *Research in Developmental Disabilities*, *32*, 1097-1106. doi:10.1016/j.ridd.2011.01.018
- Hurley, A. D. (2008). Depression in adults with intellectual disability: Symptoms and challenging behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, *52*, 905-916. doi:10.1111/j.1365-2788.2008.01113.x
- Karabekiroglu, K., & Aman, M. G. (2009). Validity of the aberrant behavior checklist in a clinical sample of toddlers. *Child Psychiatry and Human Development*, *40*, 99-110. doi:10.1007/s1057/s10578-008-01808-7
- Kraijer, D. W., Kema, G. N., & Bildt, A. A. de (2004). *Handleiding sociale redzaamheidschalen*. Amsterdam: Harcourt Test Publishers.

- Kraijer, D. W., & Plas, J. (2006). *Handboek psychodiagnostiek en beperkte begaafdheid*. Amsterdam: Harcourt Assessment BV.
- Lambert, G. W., Reid, C., Kaye, D. M., Jennings, G. L., & Esler, M. D. (2002). Effect of sunlight and season on serotonin turnover in the brain. *The Lancet*, *360*, 1840-1842. doi:10.1016/S0140-6736(02)11737-5
- Lu, C., Yuan, L., Lin, W., Zhou, Y., & Pan, S. (2017). Depression and resilience mediates the effect of family function on quality of life of the elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *71*, 34-42. doi:10.1016/j.arcger.2017.02.011
- Maas, A. (2002). Checklist van afwijkend gedrag. In M. G. Aman & N. N. Singh, *Aberrant behavior checklist*. New York: Slossen Educational Publications.
- Magnusson, A., & Partonen, T. (2005). The diagnosis, symptomatology, and epidemiology of seasonal affective disorder. *CNS Spectrums*, *10*, 625-634. doi:10.1017/S1092852900019593
- McGillivray, J. A., & McCabe, M. P. (2007). Early detection of depression and associated risk factors in adults with mild/moderate intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, *28*, 59-70. doi:10.1016/j.ridd.2005.11.001
- Moss, S., Ibbotson, B., & Prosser, H. (1994). *The psychiatric assessment schedule for adults with a developmental disability (PAS-ADD): Interview developmental and compilation of the clinical glossary*. Hester Adrian Research Centre: Manchester.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2010). Depression: The NICE guidelines on treatment and management of depression in adults (Updated Edition).
- Roeden, J. (1989). *Signaallijst depressie voor zwakzinnigen*. Haaren: Timpaan.
- Scult, M. A., Pauli, A. R., Mazure, E. S., Moffitt, T. E., Hariri, A. R., & Strauman, T. J. (2017). The association between cognitive function and subsequent depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, *47*, 1-17. doi:10.1017/S0033291716002075
- Sparrow, S. S., Balla, D. A., & Chicchetti, D. V. (1997). *Vineland adaptive behavior scales*. Leiden: Researchgroep ernstige ontwikkelingsstoornissen van de vakgroep orthopedagogiek.
- Walker, J. C., Došen, A., Buitelaar, J. K., & Janzing, J. G. E. (2011). Depression in down syndrome: A review of the literature. *Research in Developmental Disabilities*, *32*, 1432-1440. doi:10.1016/j.ridd/2011.02.010

- Walton, C., & Kerr, M. (2017). Severe intellectual disability: Systematic review of the prevalence and nature of presentation of unipolar depression. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 29*, 395-408. doi:10.1111/jar.12203
- Wechsler, D. (2005). *WISC-III-NL*. Amsterdam: Harcourt Test Publishers.
- White, P., Chant, D., Edwards, N., Townsend, C., & Waghoen, G. (2005). Prevalence of intellectual disability and comorbid mental illness in an Australian community sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 39*, 395-400. doi:10.1111/j.1440.1614.2005.01587.x
- Wijnroks, L. (2013). Kritische kanttekeningen bij de discrepantiehypothese en het concept overvraging: Het stressmodel als alternatief. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen, 2*, 99-113.
- Zammit, S., Allebeck, P., David, A. S., Dalman, C., Hemmingsson, T., Lundberg, I., & Lewis, G. (2004). A longitudinal study of premorbid IQ score and risk of developing schizophrenia, bipolar disorder, severe depression, and other nonaffective psychoses. *Archives General Psychiatry, 61*, 354-360. doi:10.1001/archpsyc.61.4.354
- Zijlstra, H. P., & Vlaskamp, C. (2004). Leisure provision for persons with profound intellectual and multiple disabilities: Quality time of killing time? *Journal of Intellectual Disability Research, 49*, 434-448. doi:10.1111/j.1365-2788.2005.006889.x