



Universiteit Utrecht

**Angst-, Depressieve en Vermijdende Persoonlijkheidsproblemen  
bij Volwassenen met een Licht Verstandelijke Beperking:  
prevalentie en gerelateerde factoren**

Masterthesis

Cursuscode: 201 600 201

Masterprogramma Clinical Child Family and Education Studies  
Masteropleiding Pedagogische Wetenschappen  
Universiteit Utrecht  
Collegejaar 2018-2019

Naam: Denise Geelhoed  
Studentnummer: 6294278  
Naam thesisbegeleidster: Dr. Jolanda Douma  
Naam tweede beoordelaar: Dr. Lex Wijnroks  
Aantal woorden: 4666  
Datum: 26-07-2019  
Opdrachtgever: Amerpoort en Sherpa

### **Voorwoord**

Hartelijk dank voor het lezen van mijn masterthesis. Voor u ligt de thesis die ik heb geschreven over de prevalentie van angst-, depressieve en vermijdende persoonlijkheidsproblemen en gerelateerde factoren bij cliënten met een licht verstandelijke beperking in zorg bij Amerpoort en Sherpa. Dit onderzoek heb ik het afgelopen jaar opgezet en uitgevoerd met drie medestudenten van Sherpa en Amerpoort, waarna elke student zich heeft gericht op een ander onderwerp en een andere masterscriptie heeft geschreven. Ik wil hen daarom bedanken voor de geweldige samenwerking en de steun die ze mij hebben gegeven tijdens het proces. Daarom verwijs ik u graag naar de masterthesis van Henriëtte Dijkhoff over de prevalentie van middelengebruik en gerelateerde factoren. Voor informatie over de herkenning van problematiek bij cliënten door begeleiders en gerelateerde factoren verwijs ik u naar de masterthesis van Mira van Alteren. Voor informatie over de prevalentie van externaliserend probleemgedrag en gerelateerde factoren verwijs ik u naar de masterthesis van Elske Wendt.

Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van Amerpoort en Sherpa onder begeleiding van Jolanda Douma. Ik wil Jolanda bedanken voor de tijd, moeite en feedback die ze mij heeft gegeven. Door haar fijne begeleiding kon ik weer aan de slag wanneer ik vastgelopen was in het proces. Daarnaast wil ik ook alle betrokken gedragsdeskundigen, managers, begeleiders, wettelijk vertegenwoordigers en cliënten bedanken voor hun betrokkenheid en medewerking aan het onderzoek. Tot slot wil ik mijn familie en vrienden bedanken voor hun mentale en inhoudelijke steun.

Ik wens u veel leesplezier.

Denise Geelhoed

Amersfoort, 26 juli 2019

### Abstract

**Background:** Anxiety, depressive and avoidant personality disorder problems seem common in adults with mild intellectual disabilities (MID) and cause suffering. However, these problems are less often noticed by professional carers than externalising problems. Subsequently, treatment might not be given. **Aim:** To learn more about the prevalence rates of these problems and related factors in adults with MID in order to increase the sensitivity of these carers for these problems. **Method:** Professional carers of 78 adults with an MID in care at Amerpoort or Sherpa completed the Adult Behavior Checklist (ABCL) and additional questions about client characteristics, their social network and negative life events. **Results:** The prevalence of scores in the (sub) clinical range of the DSM-anxiety scale is 19.2%, of depression 23.1%, and of avoidant personality problems 39.7%. Univariate logistic regression analyses showed that only less frequent social contact and less satisfaction with their social network significantly increased the odds of both depressive and avoidant personality disorder problems. Multiple logistic regression analysis (due to the sample size, only conducted for avoidant personality disorder problems) showed that both factors had a unique and significant contribution to avoidance personality disorder problems. None of the factors were significantly associated with anxiety problems. **Conclusion:** Anxiety, depression, and avoidance personality disorder problems appear to be very common. Hence, it is important that professional carers are aware of these disorders, the importance of the clients' social network and try to stimulate positive social contacts.

*Keywords:* anxiety, depression, avoidant personality problems, mild intellectual disability

### Samenvatting

**Achtergrond:** Angst-, depressieve en vermijdende persoonlijkheidsproblemen lijken relatief veel voor te komen bij volwassenen met een licht verstandelijke beperking (LVB) en veroorzaken lijdensdruk. Echter worden deze problemen minder vaak herkend door begeleiders dan externaliserende problemen, waardoor geen passende behandeling wordt gegeven. **Doel:** Meer inzicht krijgen in de prevalentie van deze problematiek en de gerelateerde factoren, zodat begeleiders eerder deze problematiek signaleren. **Methode:** Begeleiders van 78 volwassenen met een LVB in zorg bij Amerpoort of Sherpa vulden de *Adult Behaviour Checklist (ABCL)* en vragen over clientkenmerken, hun sociaal netwerk en negatieve levensgebeurtenissen in. **Resultaten:** De prevalentie van (sub-)klinische angstproblemen is 19,2%, van depressieve problemen 23,1% en van vermijdende persoonlijkheidsproblemen 39,7%. Uit univariate logistische regressieanalyses blijkt dat een lagere frequentie van sociaal contact en een minder tevredenheid over het sociaal netwerk significant de kans vergroot op depressieve en vermijdende persoonlijkheidsproblemen. Multiële logistische regressieanalyse (vanwege de steekproefgrootte alleen voor vermijdende persoonlijkheidsproblemen verricht), liet zien dat beide factoren een unieke en significante bijdrage leverden aan (sub-)klinische vermijdende persoonlijkheidsproblemen. Geen van de factoren bleek significant samen te hangen met (sub-)klinische angstproblemen. **Conclusie:** Angst-, depressieve en vermijdende persoonlijkheidsproblemen lijken vaak voor te komen bij volwassenen met een LVB. Daarom is het belangrijk dat begeleiders zich hiervan bewust zijn en van de relatie met het sociaal netwerk van de cliënt en positieve sociale contacten proberen te stimuleren.

*Steekwoorden:* angst, depressie, vermijdende persoonlijkheidsproblemen, licht verstandelijke beperking

**Angst-, depressieve en vermijdende persoonlijkheidsproblemen bij volwassenen met een licht verstandelijke beperking: prevalentie en gerelateerde factoren**

Volwassenen met een licht verstandelijke beperking (LVB) hebben vaker last van angst-, depressieve en vermijdende persoonlijkheidsstoornissen dan mensen zonder LVB (Sheehan et al., 2015; Wieland, 2016; Wieland, De Kapitein, & Zitman, 2014). De Nederlandse praktijkdefinitie van LVB is: mensen met een totale IQ-score tussen de 50-85 en beperkingen in het adaptief vermogen (Ras, Woittiez, Van Kempen, & Sadiraj, 2010) en wordt gehanteerd in dit onderzoek. Angststoornissen worden gekenmerkt door overmatige vrees of angst, waarbij sprake is van angst als de persoon anticipeert op toekomstige dreigingen (American Psychiatric Association (APA), 2013). Depressieve stoornissen worden gekenmerkt door de aanwezigheid van een droevige, lege of prikkelbare stemming, vergezeld door somatische en cognitieve veranderingen die het functioneren van de persoon aanzienlijk beïnvloeden (APA, 2013; Hurley, 2008). Daarnaast is een vermijdende persoonlijkheidsstoornis een patroon van sociale inhibitie, gevoelens van ontoereikendheid en overgevoeligheid voor negatieve evaluatie (APA, 2013). Deze stoornissen hebben gemeenschappelijk dat de gedachten en gevoelens van de persoon kunnen leiden tot een verstoorde gemoedstoestand en lijdensdruk veroorzaken. Dit worden ook wel internaliserende stoornissen genoemd (Cicchetti & Toth, 2014). In dit onderzoek wordt specifiek gekeken naar internaliserende problemen bij volwassenen met een LVB en voor onderzoek naar externaliserend probleemgedrag, zoals agressie, wordt u verwezen naar de masterscriptie van Wendt (2019).

Er bestaan veel verschillen in prevalentie van internaliserende stoornissen bij volwassenen met een LVB. Zo loopt de prevalentie van angststoornissen bij volwassenen met een LVB uiteen van 6%-35% (Cooper, Smiley, Morrison, Williamson, & Allan, 2007; Wieland, 2016), die van depressieve stoornissen van 2%-11% (Cooper et al., 2007; Wieland, 2016) en die van vermijdende persoonlijkheidsstoornissen van 2-3% (Wieland, 2016). Deze verschillen zijn mogelijk te verklaren door de uiteenlopende methodologieën binnen de geraadpleegde studies, zoals het gebruik van verschillende meetinstrumenten. Volgens Wieland (2016) worden zwakbegaafden (IQ 70-85) veelal niet geïncludeerd in de onderzoekspopulatie. Een andere verklaring voor de verschillen in prevalentie is dat de symptomen van internaliserende stoornissen minder merkbaar zijn voor betrokkenen dan van externaliserende stoornissen. Daarom worden internaliserende stoornissen minder herkend en gediagnosticeerd bij volwassenen met een LVB dan externaliserende problemen (Wieland, Kapitein, Otter, & Baas, 2014). Echter, hebben internaliserende stoornissen een grote invloed

## Angst-, depressieve en vermijdende persoonlijkheidsproblemen bij LVB

op het welbevinden van de persoon vanwege de hevige gedachten en gevoelens. Daarnaast kunnen de verschillen in prevalentie worden verklaard, doordat voorheen symptomen van psychopathologie vaker werden geweten aan de verstandelijke beperking van de persoon, ook wel *diagnostic overshadowing* genoemd (Mason & Scior, 2004; Weiss, Lunskey, Gracey, Canrinus, & Morris, 2009).

Een gevolg van de onduidelijkheid over de prevalentie van angst-, depressieve en vermijdende persoonlijkheidsstoornissen is dat de ernst en de symptomen van deze stoornissen niet worden herkend door betrokkenen, waardoor de problemen van de cliënten worden onderschat. Dit kan ertoe leiden dat volwassenen met een LVB en deze problematiek niet de juiste behandeling krijgen, omdat cliënten veelal niet om hulp vragen en betrokkenen de problemen niet signaleren. Dit zorgt voor een toenemende kwetsbaarheid voor verdere ontwikkeling van psychopathologie (Didden, 2006) en vergroot de lijdensdruk van deze cliënten. Zo komt suicidaliteit vaker voor bij mensen met een LVB en angst- of depressieve stoornissen (Lunskey, 2004; Dodd, Doherty, & Guerin, 2016).

Om goede zorg te verlenen aan volwassenen met een LVB en angst-, depressieve en vermijdende persoonlijkheidsstoornissen is het van belang om te onderzoeken welke factoren het risico op deze stoornissen vergroten om deze op tijd te kunnen signaleren en mogelijke verdere ontwikkeling van deze stoornissen te voorkomen. De gerelateerde factoren zijn veelal eerder merkbaar voor begeleiders bij cliënten dan de symptomen van internaliserende stoornissen. Zo hebben negatieve levensgebeurtenissen een significante invloed op de mate van angst- en depressieve stoornissen bij volwassenen met een LVB (Cooper et al., 2007; Helps, 2015; McGillivray & McCabe, 2007; Hove, Assmus, & Havik, 2016). Er zijn verschillen en overeenkomsten in de gerelateerde factoren van internaliserende stoornissen. Daarom wordt hieronder besproken wat bekend is uit onderzoek over gerelateerde factoren aan angst-, depressieve en vermijdende persoonlijkheidsstoornissen bij volwassenen met een LVB.

### **Angststoornissen**

Bij mensen met een LVB boven 50 jaar neemt het aantal angstsymptomen toe bij een toename van depressieve symptomen, meer levensgebeurtenissen en chronische ziektes (Hermans & Evenhuis, 2012). Daarentegen nam de mate van angstsymptomen af bij een hogere frequentie en kwaliteit van sociaal contact (Hermans & Evenhuis, 2012). Problemen met een medebewoner en verandering van werk zijn significante negatieve levensgebeurtenissen voor het hebben van angststoornissen bij volwassenen met een LVB (Hermans & Evenhuis, 2012). Het onderzoek van Hermans en Evenhuis (2012) is echter een

## Angst-, depressieve en vermijdende persoonlijkheidsproblemen bij LVB

cross-sectioneel onderzoek, waardoor dit geen eenduidige oorzaak-gevolgrelaties zijn, maar er ook andersom geredeneerd kan worden en bijvoorbeeld dat meer angstsymptomen leiden tot een lagere frequentie van sociaal contact. Verder is weinig bekend over gerelateerde factoren aan angststoornissen bij volwassenen met een LVB.

Er is wel meer bekend over gerelateerde factoren bij volwassenen met (ook) een lager niveau van VB. Zo zijn recente negatieve levensgebeurtenissen, zoals verlies van een familielid, een voorspeller voor het hebben van een angststoornis bij volwassenen met VB (Reid, et al., 2011). Daarnaast is de mate van angstsymptomen hoger bij vrouwen met een VB (Bratek, Krysta, & Kucia, 2017), terwijl Hermans en Evenhuis (2012) aangeven dat er geen hogere mate van angstsymptomen is bij vrouwen boven de 50 jaar met een LVB. Ook is een relatie tussen minder dagelijkse activiteiten, zoals dagbesteding, en een angststoornis bij volwassenen met een VB (Reid, Smiley, & Cooper, 2011).

### **Depressieve stoornissen**

De kans op meer symptomen van depressie bij mensen met een LVB boven de 50 jaar neemt toe bij een toename van angstsymptomen, meer levensgebeurtenissen en chronische ziektes (Hermans & Evenhuis, 2012). Deze factoren hebben ook een relatie met depressieve stoornissen bij de algemene bevolking (Hermans & Evenhuis, 2012). De frequentie van depressieve stoornissen is minder bij een hogere frequentie en kwaliteit van sociaal contact (Hermans & Evenhuis, 2012; McGillivray & McCabe, 2007). Zoals eerder aangegeven, is niet met zekerheid te zeggen wat nu precies de oorzaak en het gevolg is. De kans op meer symptomen van depressie is hoger bij vrouwen met een LVB dan bij mannen met een LVB (Chester et al., 2013). Verder is weinig bekend over gerelateerde factoren bij volwassenen met een LVB. Onderzoek onder volwassenen met een VB laat zien dat negatieve levensgebeurtenissen die betrekking hebben op verlies, pesten, verandering en ziekte gerelateerd zijn aan een grotere kans op depressieve stoornissen (Hove et al., 2016). Daarnaast zijn minder dagelijkse activiteiten, zoals dagbesteding, een gerelateerd aan een depressieve stoornis bij volwassenen met een VB (Taylor & Hodapp, 2012).

### **Vermijdende persoonlijkheidsstoornissen**

Er zijn geen onderzoeken bekend over factoren die samenhangen met vermijdende persoonlijkheidsstoornissen bij volwassenen met een LVB of een VB. Onderzoek bij normaal begaafde volwassenen laat zien dat er een significant hoger percentage van fysiek en emotioneel misbruik is bij mensen met een vermijdende persoonlijkheidsstoornis dan bij mensen met een depressieve stoornis (Rettew et al., 2003). Verder spreken verschillende studies elkaar tegen dat fysiek misbruik een voorspeller is voor vermijdende

## Angst-, depressieve en vermijdende persoonlijkheidsproblemen bij LVB

persoonlijkheidsstoornissen (Lampe & Sunderland, 2015). Emotioneel misbruik komt wel vaker voor bij mensen met een vermijdende persoonlijkheidsstoornis (Lampe & Sunderland, 2015). Volgens Weinbrecht, Schulze, Boettcher en Renneberg (2016) gaan vermijdende persoonlijkheidsstoornissen vaak gepaard met sociale angststoornissen, waarbij de sociale angst een grotere invloed heeft bij vermijdende persoonlijkheidsstoornissen op het dagelijks functioneren.

### **Huidig onderzoek**

Bovenstaande laat zien dat er niet veel bekend is over de prevalentie van deze internaliserende problemen bij volwassenen met een LVB en nog minder over welke factoren samenhangen met een verhoogd risico daarop. Om deze problemen eerder te signaleren en vervolgens te behandelen, is onderzoek naar de prevalentie en risicofactoren van belang. In opdracht van gehandicaptenzorgorganisaties Amerpoort en Sherpa, wordt daarom dit onderzoek naar de prevalentie van angst-, depressieve en vermijdende persoonlijkheidsproblemen en gerelateerde factoren verricht bij cliënten met een LVB. Verwacht wordt dat met name negatieve levensgebeurtenissen en problemen met het sociale netwerk samenhangen met meer internaliserende problemen.

## **Methode**

### **Participanten en procedure**

Dit onderzoek was gericht op de ongeveer 1000 volwassenen met een LVB die ten tijde van het onderzoek zorg ontvingen bij wonen van Amerpoort of Sherpa. Inclusiecriteria voor deelname waren: een LVB volgens de betreffende gedragsdeskundige, 18 jaar of ouder en 6 maanden of langer in zorg. Ook zijn er exclusiecriteria opgesteld: geen toestemmingsverklaring van de cliënt, geen toestemmingsverklaring van de wettelijk vertegenwoordiger bij wilsonbekwaamheid van de cliënt en cliënten met gediagnosticeerde dementie of niet aangeboren hersenletsel (NAH). Er is gebruik gemaakt van een by-proxy vragenlijst op verzoek van de projectgroep. Die is ingevuld door de begeleider van een cliënt en daarom is de cliënt zelf niet bevraagd.

Om de juiste cliënten te includeren werd naar de gedragsdeskundigen en managers (bij Sherpa ook begeleiders D) met LVB-locaties in de caseload, een e-mail verstuurd met informatie over het onderzoek en de verwachtingen over hun rol in het onderzoek. Tegelijkertijd werd op de interne online omgeving van Amerpoort en Sherpa informatie gegeven over het onderzoek ter promotie ervan. Daarnaast werd er deelgenomen aan



## Angst-, depressieve en vermijdende persoonlijkheidsproblemen bij LVB

vakgroepoverleggen van de gedragsdeskundigen om hen te informeren en vragen te beantwoorden.

In samenwerking met meerdere gedragsdeskundigen zijn informatie- en toestemmingsbrieven opgesteld voor de cliënten en hun wettelijk vertegenwoordigers en voor de begeleiders. In de toestemmingsbrief voor de cliënten werd in voor hen begrijpelijke taal gevraagd of zij toestemming wilden geven voor het verstrekken van informatie over zichzelf door begeleiders, zoals over zijn/haar geslacht, leeftijd, dagbesteding, woonsituatie, sociaal netwerk en gedragsproblemen; zie bijlage 1 voor deze brief.

Door gedragsdeskundigen zijn begeleiders van de woningen geïnformeerd met informatie over het doel en procedure van het onderzoek. Enkele weken na verzending van de brieven zijn de locaties gebeld om te vragen of de brieven waren ontvangen en eventuele vragen te beantwoorden. In totaal zijn 59 locaties benaderd, waarvan 30 locaties zijn afgefallen: 5 locaties voldeden niet aan de inclusiecriteria, 10 locaties vielen af door tijd- of personeelsgebrek en 15 locaties hebben helemaal niet gereageerd. Uiteindelijk hebben 29 locaties (16 Amerpoort en 13 Sherpa) toestemming gevraagd aan cliënten. Geretoureerde toestemmingsbrieven werden bewaard in een afgesloten dossierkast. Nadat de begeleiders van de locaties de toestemmingsbrieven hadden opgestuurd, werd aan de gedragsdeskundigen gevraagd of de cliënten wilsbekwaam ter zake zijn voor het geven van toestemming of dat een wettelijk vertegenwoordiger moest worden benaderd. Waar nodig heeft de gedragsdeskundige van de cliënt een brief met een toestemmingsformulier gestuurd naar de wettelijk vertegenwoordiger.

Na bevestiging van wilsbekwaamheid ter zake of toestemming van de wettelijk vertegenwoordiger zijn de desbetreffende begeleiders via de e-mail benaderd voor het invullen van de online vragenlijst via *Limesurvey*. Hiervoor was een tijdslimiet van twee weken aangegeven, waarna een herinneringsmail werd verzonden. Indien nodig, werd de betrokken gedragskundige/manager/begeleider D gevraagd om het belang van het invullen van de vragenlijst te benadrukken.

In totaal hebben 191 van de 1000 cliënten met een LVB een toestemmingsverklaring ingevuld, waarvan 128 cliënten toestemming gaven voor het invullen van de vragenlijst door begeleiders en 63 niet. Van de 128 cliënten voldeden 120 cliënten aan de inclusiecriteria. Daarvan gaf één wettelijk vertegenwoordiger geen toestemming voor deelname en hebben drie wettelijk vertegenwoordigers niet gereageerd. Van 18 cliënten is niet op tijd de juiste informatie ontvangen door de begeleiders of de gedragsdeskundige. De vragenlijst is uiteindelijk verstuurd naar begeleiders van 98 cliënten, waarvan 78 (79,6%) vragenlijsten zijn

## Angst-, depressieve en vermijdende persoonlijkheidsproblemen bij LVB

ingevuld. Hiermee wordt de steekproefgrootte voldoende geacht voor onderzoek (Neuman, 2014). Binnen de steekproef zijn de cliënten die zorg ontvangen vanuit het gezinnenteam niet vertegenwoordigd, vanuit deze groep cliënten is geen enkele toestemmingsbrief ontvangen. Daarnaast hebben maar 5 cliënten die ambulante woonondersteuning ontvingen toestemming gegeven, terwijl naar schatting 260 cliënten ambulante woonondersteuning ontvingen. Verdere informatie rondom representativiteit van de uiteindelijke steekproef ten opzichte van de gehele populatie LVB cliënten van Amerpoort en Sherpa is onbekend. De vragenlijsten zijn ingevuld door begeleiders die zes maanden of langer betrokken waren bij de cliënt waarover de vragenlijst wordt ingevuld. De demografische kenmerken van cliënten zijn weergegeven in Tabel 1.

### **Afhankelijke variabelen**

De drie afhankelijke variabelen zijn angst-, depressieve en vermijdende persoonlijkheidsproblemen en zijn gemeten met de *Adult Behavior Checklist* (ABCL). De ABCL meet gedrags- en emotionele problemen bij volwassenen (18-59 jaar) over de afgelopen 6 maanden en bestaat uit 128 items (Achenbach & Rescorla, 2003). Het gedrag wordt gescoord op een driepuntschaal van: Helemaal niet (0), een beetje of soms (1) en vaak of duidelijk (2). Er is geen beoordeling van de Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN) over de ABCL. Van de Engelse versie van de ABCL was de test-hertest betrouwbaarheid tussen de .80 en .90 voor de meeste schalen, maar alle hoger dan .71. De gemiddelde interne consistentie voor de DSM georiënteerde schalen was tussen de .78 en .79 (Achenbach & Rescorla, 2003). Volgens Tenneij en Koot (2007) is de ABCL ook een betrouwbaar en valide middel om te screenen op psychopathologie bij mensen met een LVB.

In de huidige steekproef zijn 9 cliënten 60 jaar of ouder en normaal gesproken zou de OABCL moeten worden afgenomen (Achenbach, Ivanova, & Rescorla, 2017). Bij deze vragenlijst wordt rekening gehouden met dementie en moeilijkheden in het uitvoeren van dagelijkse activiteiten. Dementie geldt echter als exclusiecriteria in dit onderzoek. Daarnaast hebben mensen met een LVB een lagere cognitieve ontwikkeling dan de normgroep van de OABCL. Daarom wordt de ABCL binnen dit onderzoek ook gebruikt bij cliënten die 60 jaar of ouder zijn.

## Angst-, depressieve en vermijdende persoonlijkheidsproblemen bij LVB

Tabel 1. *Demografische gegevens van de onderzoeksgroep (n=78)*

	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min.	Max.	$\alpha$
<b>Organisatie</b>							
- Amerpoort	31	39,7%					
- Sherpa	47	60,3%					
<b>Afhankelijke variabelen (DSM-IV probleemschalen ABCL)</b>							
Angstproblemen	15	19,2%					.80
Depressieve problemen	18	23,1%					.85
Vermijdende persoonlijkheidsproblemen	31	39,7%					.70
<b>Onafhankelijke variabelen</b>							
<b>Geslacht</b>							
- Man	46	59,0%					
- Vrouw	32	41,0%					
Leeftijd (in jaren)			43.26	14.53	19.00	74.00	
Uren dagbesteding			23.58	12.44	.00	40.00	
Uren begeleiding			109.12	77.03	1.00	168.00	
<b>Traumatische ervaringen</b>							
- Aantal mensen die een trauma hebben ervaren	42	53,8%					
Frequentie sociaal contact			5.81	3.45	.00	12.00	
Tevredenheid sociaal netwerk			1.91	.96	.00	3.00	
Aantal negatieve levensgebeurtenissen			.95	1.52	.00	8.00	

*Noot.* *n* = aantal participanten; *M* = gemiddelde, *SD* = standaarddeviatie,  $\alpha$  = Cronbach's Alpha.

De ABCL heeft zes DSM-IV schalen waarvan in dit onderzoek drie schalen als afhankelijke variabelen zijn gebruikt: depressieve problemen (15 items), angstproblemen (6 items) en vermijdende persoonlijkheidsproblemen (7 items). De Cronbach's Alpha van deze schalen zijn tussen .70 en .85 en daarmee hoog genoeg voor huidig onderzoek, zie tabel 1

(Field, 2014). Voor de schaal vermijdende persoonlijkheidsproblemen leidde het verwijderen van een item niet tot een hogere Cronbach's Alpha en daarom is ervoor gekozen om de schaal intact te laten. De afhankelijke variabelen worden als dichotome variabelen meegenomen in de analyses, waarbij per probleemgebied onderscheid wordt gemaakt tussen cliënten met een score in het normale gebied en cliënten met een score in het subklinische/klinische gebied volgens de handleiding van de ACBL (Achenbach & Rescorla, 2003).

### **Onafhankelijke variabelen**

Een aantal clientkenmerken is via enkelvoudige vragen bepaald. **Leeftijd** is uitgevraagd in jaren en wordt in de analyses als continue variabele meegenomen. **Geslacht** (man versus vrouw) wordt als dichotome variabele in de analyses meegenomen. Daarnaast is gevraagd naar het **aantal begeleidingsuren** die de cliënt gemiddeld per week ontvangt bij het wonen (ADL, financiën) en administratie en naar **aantal uren dagbesteding**/werk/opleiding die de cliënt gemiddeld per week heeft. Beide zijn als continue variabelen meegenomen in de analyses.

**Negatieve levensgebeurtenissen** zijn onderzocht met de *Checklist Life Events* (CLE). Dit is een vragenlijst over recent doorgemaakte ingrijpende gebeurtenissen door volwassenen met een verstandelijke beperking en bestaat uit 28 items met gesloten antwoordopties (ja/nee) (Hermans & Evenhuis, 2008), zoals 'verlies of verandering van persoonlijk begeleider', 'gestopt met werken/dagbesteding', 'overlijden familielid of vriend' en 'verhuizing van kamer/woning'. Voor huidig onderzoek zijn, vanwege tijdsbelasting van de respondenten, 8 gebeurtenissen geselecteerd die naar verwachting het meest voorkomen bij de LVB-cliëntpopulatie gebaseerd op literatuuronderzoek. Per gebeurtenis moet eerst worden aangegeven of dit in de afgelopen 12 maanden heeft plaatsgevonden en zo ja, of dit een negatieve invloed heeft gehad. De CLE is nog niet onderzocht op betrouwbaarheid en validiteit. Er is geanalyseerd met het totaal aantal negatieve levensgebeurtenissen in de afgelopen 12 maanden.

**De frequentie van sociaal contact** is onderzocht met vier zelfgeconstrueerde items die gebaseerd zijn op vergelijkbare items van de ABCL; 'Hoe vaak heeft de cliënt gemiddeld contact via een medium (email, chat, whatsapp, SMS, bellen) met familie?' 'Hoe vaak heeft de cliënt gemiddeld contact in persoon met familie?', 'Hoe vaak heeft de cliënt gemiddeld contact via een medium (email, chat, whatsapp, SMS, bellen) met vrienden of vriendinnen?' 'Hoe vaak heeft de cliënt gemiddeld contact in persoon met deze vrienden of vriendinnen?'. Hierbij was de antwoordschaal 3= *gemiddeld elke dag*, 2= *gemiddeld twee keer per week*, 1= *gemiddeld twee keer per maand*, 0= *gemiddeld minder dan één keer per maand*. De

## Angst-, depressieve en vermijdende persoonlijkheidsproblemen bij LVB

antwoorden op deze vier items zijn bij elkaar opgeteld en als continue variabele meegenomen in de analyses.

**Tevredenheid met het sociaal netwerk** is met één item gemeten, namelijk ‘Hoe tevreden lijkt de cliënt met zijn/haar netwerk?’. Hierbij was de antwoordschaal 0=*ontevreden*, 1= *een beetje tevreden*, 2= *behoorlijk tevreden*, 3= *helemaal tevreden*. De variabele wordt als continue variabele meegenomen in de analyses.

**Traumatische ervaringen** is met één item gemeten, namelijk of de cliënt traumatische ervaringen (zoals mishandeling, verwaarlozing, ernstig ongeluk, enzovoort) heeft meegemaakt (ja versus nee) en dit is als dichotome variabele meegenomen in de analyses.

**Ernstige ziekte** is met één item gemeten, namelijk of er sprake is van een ernstige ziekte bij de cliënt, zoals kanker en ALS (ja versus nee). Door de lage frequentie van mensen met ernstige ziektes (4 cliënten, 5,1%) is deze variabele niet meegenomen in de analyses.

### Data-analyse

De data is geanalyseerd met IBM SPSS Statistics (versie 25.0). Bij de continue variabelen wordt voldaan aan de assumptie dat er geen sprake is van multicollineariteit aangezien de VIF-waarden tussen 1 en 2 zijn. Beschrijvende statistieken zijn uitgevoerd om de prevalentie van angst-, depressieve en vermijdende persoonlijkheidsproblemen te bepalen. Om te bepalen welke onafhankelijke variabelen significant samenhangen met een subklinisch/klinisch niveau van problemen zijn allereerst univariate logistische regressieanalyses uitgevoerd (Field, 2014). Om vervolgens te bepalen welke onafhankelijke variabelen unieke voorspellers hiervan zijn, zijn de significante univariate voorspellers vervolgens geanalyseerd in een multiële logistische regressie. Een significantieniveau van  $p < .05$  wordt gehanteerd bij alle analyses.

### Resultaten

Achtereenvolgens hebben 31 cliënten (39,7%) een (sub-)klinische score op de DSM-schaal vermijdende persoonlijkheidsproblemen, 18 cliënten (23,1%) op depressieve problemen en 15 cliënten (19,2%) op angstproblemen.

Tabel 2 beschrijft de resultaten van de univariate logistische regressieanalyses voor de drie probleemgebieden. Daaruit blijkt dat alleen ‘de frequentie van sociaal contact’ ( $OR = .82$ ,  $p = < .01$ ) en ‘tevredenheid sociaal netwerk’ ( $OR = .50$ ,  $p = < .01$ ) significant samenhangen met (sub-)klinische vermijdende persoonlijkheidsproblemen. Meer tevredenheid over het sociaal netwerk en meer contact met familie en/of vrienden hangen samen met een kleinere kans op

## Angst-, depressieve en vermijdende persoonlijkheidsproblemen bij LVB

vermijdende persoonlijkheidsproblemen. Beide variabelen verklaren elk 12,5% van de variantie op vermijdende persoonlijkheidsproblemen. De andere onafhankelijke variabelen hangen niet significant samen met (sub-)klinische vermijdende persoonlijkheidsproblemen.

Tabel 2

*Factoren gerelateerd aan internaliserende problematiek: Resultaten van univariate geteste logistische regressieanalyses voor de afhankelijke variabelen (n=78).*

	Odds ratio [95% BI]	<i>p</i>	Nagelkerke R <sup>2</sup>
<b>Vermijdende persoonlijkheidsproblemen</b>			
Geslacht	.68 [0.27-1.73]	.42	.011
Leeftijd	1.02 [0.99-1.05]	.22	.026
Aantal uren dagbesteding	1.01 [0.97-1.05]	.78	.001
Aantal uren begeleiding	1.00 [0.99-1.00]	.29	.019
Traumatische ervaringen	.98 [0.39-2.45]	.97	.000
Frequentie van sociaal contact**	.82 [0.71-0.95]	<.01	.125
Tevredenheid sociaal netwerk**	.50 [0.30-0.84]	<.01	.125
Negatieve levensgebeurtenissen	.97 [0.71-1.31]	.83	.001
<b>Depressieve problemen</b>			
Geslacht	1.20 [0.41-3.48]	.74	.002
Leeftijd	1.00 [0.97-1.04]	.94	.000
Aantal uren dagbesteding	.97 [0.93-1.01]	.15	.043
Aantal uren begeleiding	1.00 [0.99-1.01]	.74	.002
Traumatische ervaringen	1.70 [0.59-4.92]	.33	.019
Frequentie van sociaal contact*	.84 [0.71-0.99]	.04	.084
Tevredenheid sociaal netwerk**	.30 [0.15-0.57]	<.01	.288
Negatieve levensgebeurtenissen	.59 [0.31-1.13]	.11	.071
<b>Angstproblemen</b>			
Geslacht	.95 [0.30-2.99]	.93	.000
Leeftijd	1.01 [0.97-1.05]	.63	.005
Aantal uren dagbesteding	1.00 [0.95-1.05]	.94	.000
Aantal uren begeleiding	1.00 [0.99-1.01]	.74	.002
Traumatische ervaringen	.88 [0.27-2.83]	.83	.002
Frequentie van sociaal contact	.94 [0.80-1.12]	.50	.010
Tevredenheid sociaal netwerk	.61 [0.34-1.09]	.94	.057
Negatieve levensgebeurtenissen	.70 [0.38-1.28]	.25	.038

*Noot.* BI= betrouwbaarheidsinterval, Nagelkerke R<sup>2</sup> = verklaarde variantie, \**p*<.05, \*\**p*<.01.

## Angst-, depressieve en vermijdende persoonlijkheidsproblemen bij LVB

Vervolgens zijn deze twee variabelen in een multiële regressieanalyse gedaan, om te onderzoeken of de variabelen in gezamenlijk model unieke voorspellers zijn voor vermijdende persoonlijkheidsproblemen; zie tabel 3. Daaruit blijkt dat zowel ‘de frequentie van sociaal contact’ (OR= 0.85,  $p = .04$ ) als ‘tevredenheid van het sociaal netwerk’ (OR= .57,  $p = .04$ ) unieke voorspellers zijn voor vermijdende persoonlijkheidsproblemen. Tezamen verklaren ze 19,4% van de variantie op vermijdende persoonlijkheidsproblemen (Nagelkerke R<sup>2</sup>).

Tabel 3

*Resultaten van multiële geteste logistische regressieanalyse voor vermijdende persoonlijkheidsproblemen (n=78).*

	Odds ratio	[95% BI]	<i>p</i>
Frequentie van sociaal contact*	.85	[0.73-0.99]	.04
Tevredenheid sociaal netwerk*	.57	[0.33-0.98]	.04

*Noot.* BI= betrouwbaarheidsinterval, \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

Uit tabel 2 blijkt dat ‘de frequentie van sociaal contact’ (OR= .84,  $p = .04$ ) en ‘tevredenheid sociaal netwerk’ (OR= .30,  $p = < .01$ ) ook significant samenhangen met depressieve problemen. Hierbij verklaart ‘tevredenheid sociaal netwerk’ het grootste percentage van de variantie (28,8%) en ‘frequentie van sociaal contact’ verklaart 8,4% van de variantie. De kans op depressieve problemen is kleiner bij een hogere tevredenheid over het sociaal netwerk en een hogere frequentie van contact met het netwerk. De overige onafhankelijke variabelen hangen niet significant samen met depressieve problemen, maar een net niet significante voorspeller voor depressieve problemen is negatieve levensgebeurtenissen ( $p = .11$ ). Om een multiële regressieanalyse uit te kunnen voeren, moeten er minstens 15 cases van de afhankelijke variabele per predictor zijn (Field, 2014). Binnen de onderzoekspopulatie ( $n = 78$ ) hebben 18 mensen (sub-)klinische depressieve problemen en daarom was het niet mogelijk om een multiële regressieanalyse uit te voeren.

Geen van de factoren bleek significant samen te hangen met (sub-)klinische angstproblemen.

### Conclusie en discussie

In dit onderzoek is gekeken naar de prevalentie van angst-, depressieve en vermijdende persoonlijkheidsproblemen en gerelateerde factoren bij cliënten met een LVB in zorg bij Amerpoort en Sherpa. Uit de resultaten blijkt dat de prevalentie van (sub-)klinische angstproblemen 19,2% is, van depressieve problemen 23,1% en van vermijdende persoonlijkheidsproblemen 39,7%. Dit zijn hogere frequenties dan blijkt uit eerdere onderzoeken (Cooper et al., 2007; Wieland, 2016). Een verklaring voor de verschillen in prevalentiecijfers is het gebruik van verschillende meetinstrumenten. Zo is een diagnose in het onderzoek van Cooper et al. (2007) vastgesteld door psychiaters om vervolgens de prevalentie te onderzoeken. In het onderzoek van Wieland (2016) zijn de prevalentiecijfers gebaseerd op vooraf vastgestelde diagnoses bij de onderzoekspopulatie. Daarnaast zijn de onderzoekspopulaties in deze onderzoeken ruim 10 keer zo groot als in huidig onderzoek en heeft de onderzoekspopulatie van Cooper et al. (2007) verschillende gradaties van een VB. Een derde verklaring is dat de symptomen van internaliserende stoornissen veelal niet worden herkend, waardoor de stoornissen niet worden gediagnosticeerd. In dit onderzoek is dat niet het geval door het gebruik van de ABCL, waarbij concrete gedragingen worden uitgevraagd in de items. Voor het bieden van goede ondersteuning aan deze doelgroep is het van belang dat begeleiders kennis hebben van de kenmerken van angst-, depressieve en vermijdende persoonlijkheidsproblemen en een passende begeleidingsstijl hebben.

Ook is onderzocht welke factoren samenhangen met (sub-)klinische angst-, depressieve en vermijdende persoonlijkheidsproblemen. Het is opvallend dat geen van de onderzochte factoren significant samenhangt met (sub-)klinische angstproblemen, terwijl uit andere onderzoeken wel enkele factoren daarmee samenhangen (Hermans & Evenhuis, 2012; McGillivray & McCabe, 2007; Reid et al., 2011). Dit kan komen door verschillen in methodologie. Zo maken Hermans en Evenhuis (2012) gebruik van zelfrapportage en by-proxy instrumenten en bevat hun onderzoekspopulatie alleen volwassenen met een LVB boven de 50 jaar. Door McGillivray en McCabe (2007) en Reid et al. (2011) werd een semigestructureerd interview afgenomen. Bij de onderzoekspopulatie van Reid et al. (2011) zijn volwassenen met verschillende gradaties van een VB geïncludeerd.

Er zijn in huidig onderzoek wel significante relaties gevonden voor depressieve en vermijdende persoonlijkheidsproblemen, namelijk met de frequentie van sociaal contact en de tevredenheid over het sociaal netwerk. De kans op depressieve en vermijdende persoonlijkheidsproblemen is kleiner bij een hogere tevredenheid over het sociaal netwerk of een hogere frequentie van sociaal contact.



## Angst-, depressieve en vermijdende persoonlijkheidsproblemen bij LVB

Beide variabelen blijken een unieke significante relatie te hebben met (sub-)klinische vermijdende persoonlijkheidsproblemen. De kans op vermijdende persoonlijkheidsproblemen is kleiner bij een hogere tevredenheid over het sociaal netwerk en een hogere frequentie van sociaal contact. Echter kan de relatie tweezijdig worden geïnterpreteerd doordat huidig onderzoek een cross-sectioneel onderzoek is. Een belangrijk kenmerk van vermijdende persoonlijkheidsstoornissen is immers de sociale inhibitie, wat kan leiden tot minder sociale contacten en minder tevredenheid met het sociale netwerk. Door het lage aantal van cliënten met (sub-)klinische depressieve problemen in deze studie was het niet mogelijk om een multiële logistische regressieanalyse uit te voeren.

Deze resultaten laten zien dat het van belang is om aandacht te hebben tijdens het diagnostische proces en tijdens de behandeling van internaliserende problemen voor het sociale contact wat een volwassene met een LVB heeft. Het is belangrijk dat begeleiders sociaal contact met familie en vrienden stimuleren, aangezien de gemiddelde frequentie van sociaal contact minder is dan de helft van de maximale score. Daarnaast is het belangrijk dat begeleiders vragen aan de cliënten of ze tevreden zijn met hun sociale netwerk. Mogelijk kan een goed sociaal netwerk en tevredenheid over het netwerk internaliserende problemen voorkomen of voorkomen dat deze problemen verder ontwikkelen.

Het is opvallend dat het aantal negatieve levensgebeurtenissen en trauma geen significante samenhang hebben met (sub-)klinische angst-, depressieve en vermijdende persoonlijkheidsproblemen, terwijl dit wel werd verwacht vanuit verschillende studies (Reid, et al., 2011; Hermans & Evenhuis, 2012; Cooper et al., 2007; Helps, 2015; McGillivray & McCabe, 2007; Hove et al., 2016; Rettew et al., 2003). In huidig onderzoek is echter geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende soorten negatieve levensgebeurtenissen, terwijl andere onderzoeken wel onderscheid hebben gemaakt (Hermans & Evenhuis, 2012; Hove et al., 2016). Dit kan mogelijk het verschil verklaren. Door in vervolgonderzoek wel onderscheid te maken in de verschillende soorten negatieve levensgebeurtenissen kunnen meer gerichte uitspraken worden gedaan over de relatie met de internaliserende probleemgebieden. Ondanks dat meer dan de helft van de onderzoekspopulatie een traumatische ervaring heeft gehad, heeft dit geen significante samenhang met de internaliserende problemen. Gezien eerdere onderzoeken, lijkt het voor het welbevinden van de cliënt toch van belang om bij internaliserende problemen alert te zijn op een eventuele traumatische ervaring die heeft plaatsgevonden en andersom.

Om de resultaten van dit onderzoek juist te interpreteren, is het van belang stil te staan bij de beperkingen van dit onderzoek. Zo is de vragenlijst over de cliënten afgenomen bij de

## Angst-, depressieve en vermijdende persoonlijkheidsproblemen bij LVB

begeleiders in plaats van bij de cliënten zelf. Dit is vooral een beperking bij de vragen rondom het sociaal netwerk en daarom dienen deze resultaten met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. Zelfrapportage was een betrouwbaarder middel geweest om internaliserende problemen te onderzoeken (Lagattuta, Sayfan, & Bamford, 2012) en is daarom een aanbeveling voor vervolgonderzoek. Ook is een beperking in huidig onderzoek dat er geen gebruik werd gemaakt van gediagnosticeerde stoornissen. Daarom is een aanbeveling voor vervolgonderzoek dat gebruik wordt gemaakt van gediagnosticeerde stoornissen. Daarnaast is een beperking dat er een non-respons van 80% van de gehele populatie van cliënten met een LVB was door selectieve uitval van bepaalde locaties en ondersteuningsvormen. Hierdoor zijn de resultaten zeer waarschijnlijk niet representatief voor de LVB populatie van Amerpoort en Sherpa (Baarda, 2009).

Naar aanleiding van huidig onderzoek zijn er nog meer aanbevelingen voor toekomstig onderzoek en voor beide organisaties. De eerste aanbeveling is dat de onderzoekspopulatie groter moet zijn, aangezien de onderzoekspopulatie voor een prevalentieonderzoek klein is. Mogelijk is dan het aantal cliënten met (sub-)klinische problemen groter, waardoor bij meerdere problemen kan worden onderzocht welke factoren unieke voorspellers zijn. De onderzoekspopulatie kan worden vergroot door meerdere organisaties en cliënten te betrekken in het onderzoek. Door de cliënten te betrekken bij de opzet van het onderzoek kan een hogere respons worden bereikt. Daarnaast is een aanbeveling voor vervolgonderzoek om onderscheid te maken tussen de verschillende soorten negatieve levensgebeurtenissen.

Voor Amerpoort en Sherpa is het van belang om te zorgen dat begeleiders kennis (meer) krijgen over de symptomen van internaliserende problematiek en dat begeleiders handvaten krijgen om hun begeleidingsstijl te laten aansluiten bij deze problematiek. Zo kan er goede ondersteuning worden gegeven aan volwassenen met een LVB en angst-, depressieve en vermijdende persoonlijkheidsproblemen. Daarbij moet men ook alert zijn op problemen met het sociale netwerk, omdat die gerelateerd lijken te zijn aan depressieve en vermijdende persoonlijkheidsproblemen.

Referenties

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2003). *Manual for the ASEBA Adult Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., & Rescorla, L. A. (2017). Empirically based assessment and taxonomy of psychopathology for ages 1½–90+ years: Developmental, multi-informant, and multicultural findings. *Comprehensive psychiatry*, 79, 4-18. doi:10.1016/j.comppsy.2017.03.006
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Baarda, B. (2009). *Dit is onderzoek! Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Bratek, A., Krysta, K., & Kucia, K. (2017). Psychiatric comorbidity in older adults with intellectual disability. *Psychiatr Danub*, 29, 590-593.
- Chester, R., Chaplin, E., Tsakanikos, E., McCarthy, J., Bouras, N., & Craig, T. (2013). Gender differences in self-reported symptoms of depression and anxiety in adults with intellectual disabilities. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 7(4), 191-200. doi:10.1108/AMHID-03-2013-0025
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2014). A developmental perspective on internalizing and externalizing disorders. In *Internalizing and externalizing expressions of dysfunction* (pp. 9-28). Psychology Press.
- 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
- Didden, R. (2006). Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en licht verstandelijke beperking: een inleiding. In Didden, R., Dekker, M., Douma, J., de Ruiter, K., Koot, H., Kraijer, D., Curfs, L., Schrandt-Stumpel, C., Janssen, C., Schuengel, C., van Nieuwenhuijzen, M., Elias, C., Embregts, P., Tharner, G., Otter, M., Buitelaar, J., Janssens, J., Muller, L., Boer, H., Morgan, C., Mulder, M., Lenderink, A., Enserink, J., van Oorsouw, W., & Korzilius, H. (Eds.) *In perspectief: gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking* (pp.3-20). Bohn Stafleu van Loghum, Houten.

- Dodd, P., Doherty, A., & Guerin, S. (2016). A systematic review of suicidality in people with intellectual disabilities. *Harvard review of psychiatry*, 24(3), 202-213.  
doi:10.1097/HRP.0000000000000095
- Field, A. (2014). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. (4<sup>th</sup> ed.). London: Sage Publications.
- Helps, S. (2015). Psychopathology: Anxiety, depression and schizophrenia. In Matson, J. L., & Matson, M. L. (Eds.), *Comorbid conditions in individuals with intellectual disabilities* (pp. 85-107). Springer, Cham.
- Hermans, H., & Evenhuis, H. M. (2008). *Checklist Life Events. Geneeskunde voor Verstandelijk Gehandicapten*. Erasmus MC: Rotterdam.
- 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
- Hove, O., Assmus, J., & Havik, O. E. (2016). Type and intensity of negative life events are associated with depression in adults with intellectual disabilities. *American journal on intellectual and developmental disabilities*, 121(5), 419-431. doi:10.1352/1944-7558-121.5.419
- 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
- Lagattuta, K. H., Sayfan, L., & Bamford, C. (2012). Do you know how I feel? Parents underestimate worry and overestimate optimism compared to child self-report. *Journal of Experimental Child Psychology*, 113(2), 211-232. doi:10.1016/j.jecp.2012.04.001
- Lakeman, M., Bodden, D., & Tromp, N. (2017). Wees alert op depressie bij jongeren met licht verstandelijke beperking: Diagnose wordt bij LVB-jongere vermoedelijk vaak gemist. *Kind & Adolescent Praktijk*, 16(3), 38-46. doi: 10.1007/s12454-017-0035-5
- Lampe, L., & Sunderland, M. (2015). Social phobia and avoidant personality disorder: similar but different?. *Journal of personality disorders*, 29(1), 115-130.  
doi:10.1521/pedi\_2013\_27\_079
- 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

- Lunsky, Y. (2004). Suicidality in a clinical and community sample of adults with mental retardation. *Research in Developmental Disabilities, 25*(3), 231-243.  
doi:10.1016/j.ridd.2003.06.004
- Mason, J., & Scior, K. (2004). 'Diagnostic overshadowing' amongst clinicians working with people with intellectual disabilities in the UK. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 17*(2), 85-90. doi:10.1111/j.1360-2322.2004.00184.x
- 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
- Neuman, W. L. (2014). *Understanding Research*. US: Pearson Education.
- Reid, K. A., Smiley, E., & Cooper, S. A. (2011). Prevalence and associations of anxiety disorders in adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research, 55*(2), 172-181.
- Rettew, D. C., Zhanarini, M. C., Yen, S., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Shea, M. T., ... & Gunderson, J. G. (2003). Childhood antecedents of avoidant personality disorder: A retrospective study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 42*(9), 1122-1130.  
doi:https://dx.doi.org/10.1097%2F01.CHI.0000070250.24125.5F
- Sheehan, R., Hassiotis, A., Walters, K., Osborn, D., Strydom, A., & Horsfall, L. (2015). Mental illness, challenging behaviour, and psychotropic drug prescribing in people with intellectual disability: UK population based cohort study. *BMJ, 351*, h4326.
- Taylor, J. L., & Hodapp, R. M. (2012). Doing nothing: Adults with disabilities with no daily activities and their siblings. *American journal on intellectual and developmental disabilities, 117*(1), 67-79. doi: 10.1352/1944-7558-117.1.67
- Tenneij, N. H., & Koot, H. M. (2007). A preliminary investigation into the utility of the adult behavior checklist in the assessment of psychopathology in people with low IQ. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 20*, 391-400.  
doi:10.1111/j.1468-3148.2007.00383.x
- Weinbrecht, A., Schulze, L., Boettcher, J., & Renneberg, B. (2016). Avoidant personality disorder: a current review. *Current psychiatry reports, 18*(3), 29. doi: 10.1007/s11920-016-0665-6
- Weiss, J. A., Lunsky, Y., Gracey, C., Canrinus, M., & Morris, S. (2009). Emergency psychiatric services for individuals with intellectual disabilities: Caregivers'

perspectives. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22(4), 354-362.

doi: 10.1111/j.1468-3148.2008.00468.x

Wieland, J. (2016). *Psychopathology in borderline intellectual functioning: explorations in secondary mental health care*. Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Leiden University Medical Center (LUMC), Leiden University.

Wieland, J., Kapitein-de Haan, S., & Zitman, F. G. (2012). Psychiatric disorders in outpatients with borderline intellectual functioning. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59(4), 213-219. doi:10.1177/070674371405900406

Wieland, J., Kapitein, S., Otter, M., & Baas, R. W. J. (2014). Diagnostiek van psychiatrische stoornissen bij mensen met een (zeer) lichte verstandelijke beperking. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 56(7), 463-470.



Beste meneer/mevrouw,

Amerpoort en Sherpa willen graag weten hoe het met hun bewoners gaat.

Dit is heel belangrijk om te weten, omdat Amerpoort en Sherpa hun bewoners dan beter kunnen helpen.

### **Het onderzoek**

Daarom willen zij hier meer over weten.

Dit doen ze door een onderzoek te laten doen.

Begeleiders worden gevraagd om een vragenlijst in te vullen.

Ook jouw begeleider kan gevraagd worden om vragen te beantwoorden over jou.

Maar dit wordt alleen gedaan als jij dat goed vindt.

Natuurlijk komen Amerpoort en Sherpa niet te weten dat het over jou gaat.

Wat we precies gaan vragen, kan je zien op het toestemmingsformulier.

### **Toestemming geven**

Om zeker te weten dat jij het goed vindt dat je begeleider een vragenlijst over je invult, vragen we nu om jouw toestemming.

Als je het goed vindt dat jouw begeleider meedoet aan het onderzoek mag je de brief ondertekenen en weer teruggeven aan je begeleider.

Ook als je niet wil dat je begeleider meedoet mag je dit op de brief aangeven en je handtekening zetten.

Vind je het niet goed dat je begeleider meedoet? Dan vult jouw begeleider geen vragenlijst in.

Het is niet erg als je het niet goed vindt. Dit heeft geen gevolgen voor de begeleiding die je krijgt van Amerpoort of Sherpa.

Angst-, depressieve en vermijdende persoonlijkheidsproblemen bij LVB

### **Vragen**

Heb je nog vragen? Dan kun je die aan ons stellen op het volgende mailadres:

lvbonderzoek@amerpoort.nl of je kunt het vragen aan je begeleider.

We hopen dat je mee wil doen, het zou Amerpoort en Sherpa helpen om jou en andere bewoners beter te kunnen helpen en begeleiden.

Met vriendelijke groet,

Mira van Alteren

Henriëtte Dijkhoff

Elske Wendt

Denise Geelhoed

(stagiaires orthopedagogiek bij Amerpoort en Sherpa)





### Toestemmingsverklaring

Mijn begeleider mag de volgende vragen over mij beantwoorden:

- Geslacht
- Leeftijd
- Opleiding/school
- Burgerlijke staat (zoals getrouwd)
- Hoe lang ik al begeleiding krijg van Amerpoort of Sherpa krijg
- Hoeveel uur ik per week werk/dagbesteding/hobby heb
- Hoeveel medebewoners ik heb of dat ik zelfstandig woon
- Sociale contacten die ik heb (bijvoorbeeld vrienden)
- Wat voor gedrag ik laat zien zoals blij, boos en verdrietig. We vragen dan bijvoorbeeld: 'Is angstig of bang'
- Of ik moeilijke dingen heb meegemaakt in mijn leven (zoals bijvoorbeeld een scheiding of verhuizing)
- Of ik wel eens middelen gebruik (zoals sigaretten, alcohol enzovoort)
- Of ik een al een diagnose heb (zoals ADHD, autisme enzovoort) of een medische diagnose (zoals niet aangeboren hersenletsel, syndroom enzovoort)

De gegevens worden zonder jouw naam ingevuld (anoniem). Ze kunnen alleen bekeken worden door een paar mensen van Amerpoort en Sherpa die betrokken zijn bij het onderzoek. En door de onderzoekers van de Universiteit Utrecht. Er is door Amerpoort en Sherpa niet meer te zien over wie de vragen zijn ingevuld.

Als je nu de brief ondertekent en later toch niet meer mee wil doen dan mag dat.

Je kan dit dan tot 1 mei 2019 mailen naar ons.

- Ik geef wel toestemming
- Ik geef geen toestemming

Naam:

Handtekening