

Betrouwbaarheid en validiteit van de Zelfinvullijst Depressieve Symptomen wanneer afgenomen bij mensen met een licht verstandelijke beperking

Hanneke Bassa¹
Heidi Hermans²
Jolanda Douma³

Om de symptomen van depressie goed in beeld te krijgen, is informatie van de persoon zelf belangrijk. Ook al zijn mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) in staat over hun gevoelens te rapporteren, er wordt in Nederland nog geen zelfrapportage-vragenlijst gebruikt om depressie bij hen te meten. In dit onderzoek is een eerste aanzet gegeven voor het bepalen van de betrouwbaarheid en validiteit van de Zelfinvullijst Depressieve Symptomen (ZDS). De ZDS is twee keer afgenomen bij 34 mensen met een LVB. Daarnaast zijn de cliënt- en informantversie van de PAS-ADD-10 (een semi-structureerde vragenlijst om psychiatrische stoornissen bij mensen met een verstandelijke beperking te meten) afgenomen. De resultaten laten zien dat de betrouwbaarheid van de ZDS (interne consistentie en test-hertestbetrouwbaarheid) goed tot uitstekend is en er zijn aanwijzingen dat de ZDS valide is. Daarnaast lijkt de ZDS sensitief te zijn voor signalen van depressie en derhalve een veelbelovende screener van depressie bij mensen met een LVB. Meer onderzoek is echter nodig om dit te bevestigen.

Dit artikel is een bewerking van De Zelfinvullijst Depressieve Symptomen: Psychometrische eigenschappen bij gebruik bij mensen met een licht verstandelijke beperking (Bassa, 2011).

Inleiding

Depressie komt relatief veel voor bij mensen met een verstandelijke beperking (VB). Ongeveer 2.2% tot 8.0% van hen heeft hiermee te kampen (Cooper, Smiley, Morrison, Williamson, & Allan, 2007; Deb, Thomas, & Bright, 2001; White, Chant, Edwards, Townsend, & Waghorn, 2005). De twee belangrijkste criteria voor het hebben van een depressie, volgens de DSM-IV, zijn een gedeprimeerde stemming en verlies van belangstelling of genoeg. Voor het stellen van de diagnose volstaat het als iemand één van deze symptomen heeft en dit symptoom gepaard gaat met minstens 4 van de volgende bijkomende symptomen: veranderde eetlust, gewichtstoename of gewichtsverlies, een verstoord slaappatroon, veranderingen in activiteitsniveau, vermoeidheid of energieverlies, gevoelens van schuld, hulpeloosheid, bezorgdheid of vrees, een verminderd concentratievermogen of besluiteloosheid en suïcidale gedachten.

In de afgelopen jaren is er veel discussie geweest of deze criteria ook voor mensen met een VB gelden (o.a. Hurley, 2008; Smiley & Cooper, 2003). De DSM-criteria blijken minder bruikbaar bij mensen

¹ Studente verbonden aan de Universiteit Utrecht, Master Orthopedagogiek, werkveld Gehandicaptenzorg en Kinderrevalidatie.

² Onderzoeker werkzaam bij Amarant zorgorganisatie voor mensen met een verstandelijke beperking, te Noord-Brabant en binnen de sectie Geneeskunde voor Verstandelijk Gehandicapten van de afdeling Huisartsgeneeskunde van het Erasmus MC te Rotterdam.

³ Onderzoekscoördinator verbonden aan het Landelijk Kenniscentrum LVG en docent aan de Universiteit Utrecht (Leerstoelgroep Gehandicaptenzorg). Correspondentie: j.douma@lvgnnet.nl.

met een ernstigere mate van VB, onder andere omdat zij minder goed in staat zijn om over hun symptomen te praten (Bhaumik, Tyrer, McGrother & Ganghadaran, 2008; Hurley, 2008). Daarnaast vertonen zij vaker a-typische symptomen van depressie, zoals probleemgedrag (challenging behavior) (Hurley, 2008; Myrbakk & Von Tetzchner, 2008) en verminderde spraakzaamheid, zelfverwonding en toename van somatische klachten (Smiley & Cooper, 2003). Daar waar voor mensen met een ernstige VB het probleemgedrag het meest voorkomende symptoom van depressie lijkt te zijn, is dit voor mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) zelden het geval (Hurley, 2008). De symptomen van depressie van mensen met een LVB zijn vergelijkbaar met die van mensen zonder VB. Veelvoorkomende symptomen van depressie bij mensen met een LVB zijn een depressieve stemming, oververmoeidheid, ontbreken van interesse voor de omgeving, een negatief zelfbeeld, suïcidale uitingen, negativisme, vegetatieve stoornissen (onder andere problemen met slapen en eten, gewichtsverandering, obstipatie en libidoverlies), piekeren, achteruitgang in cognitief functioneren en emotionele ontregeling (Došen, 2010). De eerder genoemde DSM-criteria lijken bij hen daarom wél goed bruikbaar te zijn.

Depressie is bij uitstek een stoornis die door begeleiders over het hoofd kan worden gezien bij mensen met een verstandelijke beperking. Symptomen als sociale terugtrekking, verlies van belangstelling voor bepaalde activiteiten, een laag zelfbeeld en schuldgevoelens, vallen minder goed op dan gedragsproblemen en worden veelal niet als lastig ervaren door begeleiding. Depressie zorgt echter wel voor lijden en een lagere levenskwaliteit voor de depressieve persoon (Došen, 2010). Voor het indiceren van een depressie wordt daarom geadviseerd om zo veel mogelijk informatie door de persoon zelf te laten geven en gebruik te maken van een zelfrapportage-instrument (Hermans & Evenhuis, 2010).

Een aantal jaar geleden was het minder gangbaar om mensen met een (L)VB zelf te bevragen over hun problemen en mate van welbevinden, maar tegenwoordig gebeurt dit steeds vaker. Onderzoek heeft aangetoond dat mensen met een LVB over het algemeen in staat zijn om over hun eigen gevoelens en functioneren te rapporteren (o.a. Deb et al., 2001; Douma, Dekker, Verhulst, & Koot, 2006; Hurley, 2008). Om depressie bij mensen met een LVB in kaart te brengen zou daarom een zelfrapportage-vragenlijst ingezet kunnen, of zelfs moeten, worden. In Nederland worden echter, voor zover bekend, nog geen specifieke zelfrapportage-vragenlijsten gebruikt om depressie bij mensen met een LVB te „meten“. Voor mensen zonder LVB is wel een aantal zelfrapportage-vragenlijsten beschikbaar, waaronder de Inventory of Depressive Symptomatology-Self-Report (IDS-SR; Rush et al., 1986). De IDS-SR is een betrouwbaar en valide, relatief snel af te nemen screeningsinstrument dat gebaseerd is op de DSM-IV-criteria voor depressie (Corruble, Legrand, Duret, Charles & Guelfi, 1999; Rush et al., 1986; Rush, Gullion, Basco, Jarrett & Trivedi, 1996). Omdat mensen met een LVB veelal dezelfde DSM-IV symptomen van depressie vertonen, zou de IDS-SR mogelijk ook bij mensen met een LVB depressie kunnen opsporen. Dit artikel gaat verder in op de vraag of de Nederlandse versie van de IDS-SR, de Zelfinvullijst Depressieve Symptomen (ZDS), geschikt is om een indicatie van depressie te geven bij mensen met een LVB. Een eerste indruk van de praktische bruikbaarheid van de ZDS wordt gegeven door de interne consistentie, test-hertestbetrouwbaarheid en constructvaliditeit te onderzoeken.

Methode

Deelnemers en procedure

Voor deelname aan dit onderzoek kwamen alle volwassen cliënten (18 jaar of ouder) met een LVB (IQ tussen 50-70) van een grote zorginstelling voor mensen met een VB in Noord-Brabant in aanmerking. Vier clustermanagers en drie gedragsdeskundigen van een district binnen de zorginstelling zijn geïnformeerd over het onderzoek, en is gevraagd welke cliënten aan de inclusiecriteria voldeden. Dit bleken 44 cliënten te zijn. Met de begeleiders van deze cliënten is

contact opgenomen en gevraagd of de cliënten benaderd konden worden voor deelname aan het onderzoek. Voor twee cliënten werd dit geweigerd omdat verwacht werd dat dit een te grote belasting voor hen zou zijn. Van de resterende 42 cliënten hadden er vijf een wettelijk vertegenwoordiger. Zij zijn geïnformeerd over het onderzoek en om toestemming gevraagd voor deelname. Eén van hen heeft hiervoor geen toestemming gegeven. De resterende 41 cliënten zijn geïnformeerd over het onderzoek en gevraagd of zij mee wilden doen. Hiervan hadden er zes geen tijd voor of zin in.

Uiteindelijk is derhalve met 35 van de 44 cliënten (79.5%) een persoonlijke afspraak gemaakt voor het eerste bezoek en testafname. Aan het einde van het eerste bezoek is met 34 cliënten een afspraak voor een tweede bezoek gemaakt. Met één cliënt is dit niet gedaan, omdat de eerste afname te veel problemen opleverde vanwege een te beperkt begrip van de vragen. Bij nader inzien bleek deze cliënt ook een matig verstandelijke beperking te hebben. De data van deze cliënt is niet meegenomen in de analyses en daarmee is het totaal aantal respondenten in dit onderzoek 34, waarvan 19 mannen en 15 vrouwen. Hun gemiddelde leeftijd is 40.29 jaar (SD = 12.61 jaar) en varieert van 19 tot 61 jaar. De man-vrouwverdeling en de gemiddelde leeftijd van de 34 respondenten zijn niet significant verschillend van die van de negen cliënten die niet hebben deelgenomen. Tot slot kan nog vermeld worden dat tien cliënten zelfstandig onder begeleiding wonen en 24 in een woonvoorziening in de wijk.

Meetinstrumenten

De Zelfinvullijst Depressieve Symptomen (ZDS) is de Nederlandse vertaling van de Inventory of Depressive Symptomatology-Self-Report (Rush et al., 1986, 1996). De ZDS bestaat uit 30 items die symptomen van depressie gedurende de afgelopen 7 dagen meten. Het duurt ongeveer 20 minuten om deze vragenlijst bij iemand met een VB af te nemen. Elk item wordt gescoord op een 4-punts antwoordschaal waarvan de betekenis van een score steeds de volgende algemene betekenis heeft: (0) het symptoom is niet aanwezig is, (1) het symptoom is in lichte mate en/of minder dan de helft van de tijd aanwezig, (2) het symptoom is in behoorlijk ernstige mate en/of meer dan de helft van de tijd aanwezig, en (3) een symptoom is (bijna) altijd in ernstige mate aanwezig. Voor dit onderzoek is de lay-out, maar niet de inhoud van de ZDS aangepast. Aan elk item is een aantal vragen en scoringsaanwijzingen toegevoegd. Om een antwoord op een item goed te kunnen bepalen moeten de toegevoegde vragen aan de respondent worden gesteld. Een voorbeelditem is „Somber voelen“. Dit item heeft als oorspronkelijke antwoordmogelijkheden: (0) Ik ben niet somber, (1) Ik ben minder dan de helft van de tijd somber, (2) Ik ben meer dan de helft van de tijd somber, en (3) Ik ben bijna altijd somber. In de aangepaste versie zijn de volgende vragen en scoringsaanwijzingen toegevoegd: Voelt u zich wel eens somber? Zo nee: scoor 0. Zo ja: Hoe vaak voelt u zich somber? Meer dan de helft van de dag/week? Indien minder dan de helft van de tijd (week/dag): scoor 1. Indien meer dan de helft van de tijd (week/dag), maar niet altijd: scoor 2. Indien iemand aangeeft (bijna) altijd somber te zijn: scoor 3.

De totaalscore van de ZDS is berekend over 28 itemscores. Twee items worden hierin niet meegenomen omdat het om twee paren van wederzijds uitsluitende items gaat waarvan de score op één van de twee wordt meegenomen, namelijk over verminderde versus toegenomen eetlust en over gewichtsafname versus -toename. De totaalscore varieert daarom van 0 tot 84. Een totaalscore geeft in de algemene populatie de volgende indicaties voor depressie: 0-13 geen indicatie, 14-25 lichte depressie, 26-38 matige depressie, 39-48 ernstige depressie, 49-84 zeer ernstige depressie (Rush et al., 1986, 1996).

De psychometrische eigenschappen (onder andere interne consistentie, concurrente validiteit) van de IDS-SR blijken minimaal acceptabel tot heel goed te zijn zowel bij intramurale als poliklinische patiënten met een gemiddelde begaafdheid (voor details zie Corruble et al., 1999; Rush et al., 1986, 1996; Trivedi et al., 2004). Daarnaast blijkt dat de IDS-SR onderscheid kan maken tussen

verschillende gradaties van depressie (Corruble et al., 1999). De IDS-SR kan zodoende worden beschouwd als een voldoende valide en betrouwbaar meetinstrument om depressie vast te stellen bij mensen met een gemiddelde begaafdheid. In dit onderzoek zijn zowel de totaalscores als de niveauscores meegenomen in de analyses.

Om de constructvaliditeit van de ZDS te onderzoeken is de Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disability ICD-10 versie (PAS-ADD-10; Moss et al., 2000) als referentie gebruikt. De PAS-ADD-10 is een semi-gestructureerd interview (voor het afnemen ervan is een training vereist) om psychiatrische stoornissen bij mensen met een verstandelijke beperking op te sporen en onderzoeksdiagnosen te stellen (Moss, Ibbotson & Prosser, 1994). Het is ontwikkeld voor gebruik in een onderzoekssituatie en daarom minder goed bruikbaar voor klinische doeleinden. Er is een cliëntversie en een informantversie. In dit onderzoek zijn beide afgenomen. De afname van de cliëntversie duurt ongeveer 45-60 minuten en van de informantversie 20-30 minuten. Na afloop van de afname van de cliëntversie moet de interviewer aangeven hoe betrouwbaar hij de gegeven antwoorden acht. In dit onderzoek was de inschatting dat alle cliënten betrouwbare antwoorden hadden gegeven.

In dit onderzoek is de totale PAS-ADD-10 afgenomen, met uitzondering van de psychosesectie. Elke sectie bestaat uit meerdere items. Voorbeelden van items van de cliëntversie zijn „Maakt u zich zorgen om iets?“, „Bent u gelukkig?“ en „Vindt u uzelf even goed als andere mensen?“. Bij elk item wordt doorgevraagd om de ernst en intensiteit van een symptoom vast te stellen. De meeste items worden gescoord op een 4-puntsschaal met de volgende betekenissen: (0) geen symptomen aanwezig, (1) symptomen aanwezig, echter in lichte vorm, sporadisch of voorbijgaand, (2) matige intensiteit of ernstige intensiteit (< helft van de tijd), en (3) ernstige intensiteit (> helft van de tijd). Na het interview met de cliënt vulde de onderzoeker nog de observatielijst in over catatonie, gedrag, spraak en affect van de cliënt tijdens het interview. Deze worden gescoord met 0 (niet aanwezig), 1 (duidelijk aanwezig) of 2 (in ernstige mate aanwezig). Op basis van de antwoorden op de vragen van de verschillende secties wordt met een speciaal computerprogramma het niveau van depressie bepaald. Vier niveaus zijn mogelijk, namelijk geen, lichte, matige en ernstige depressie. De diagnose depressie (d.w.z. van licht tot ernstig) wordt alleen gegeven op basis van de PAS-ADD-10 als aan de criteria voor een depressie-episode van de ICD-10 wordt voldaan.

Na de cliëntversie volgde de afname van de informantversie met een (persoonlijk) begeleider. Deze heeft inhoudelijk dezelfde items als de cliëntversie met dezelfde antwoordmogelijkheden. Een voorbeelditem is „Maakt [naam cliënt] zich zorgen om iets?“ De items van de observatielijst die door de onderzoeker als aanwezig waren gescoord, zijn voorgelegd aan de begeleider om de indrukken van de onderzoeker te valideren. Hierbij werd de begeleider gevraagd of de geobserveerde gedragingen gedurende de afgelopen maand niet (score 0), duidelijk (score 1) of in ernstige mate (score 2) aanwezig waren. Op basis van deze scores zijn dezelfde 4 niveaus van depressie mogelijk (niet, licht, matig, en ernstig).

Onderzoek heeft aangetoond dat de betrouwbaarheid (Costello, Moss, Prosser & Hatton, 1997; Moss et al., 1993, Moss, Prosser, Ibbotson & Goldberg, 1996) en validiteit van de factor depressie van de PAS-ADD-10 goed is bij gebruik bij mensen met een LVB (Moss et al., 1997). De psychometrische eigenschappen van de PAS-ADD-10 bevestigen dat het een geschikt instrument lijkt te zijn om de constructvaliditeit van de ZDS mee te toetsen. In de analyses zijn de niveauscores van de cliënt- en informantversie meegenomen.

Onderzoeksprocedure

De cliënten zijn twee keer geïnterviewd. Tijdens het eerste interview (T1) zijn de ZDS en PAS-ADD-10 afgenomen. Tijdens het tweede interview (T2) werd nogmaals de ZDS bij de cliënt afgenomen.

Tussen beide afnamen zaten gemiddeld 27.62 dagen (standaarddeviatie = 6.18). Na het interview op T1 met de cliënt is de PAS-ADD-10 zo snel mogelijk bij een begeleider van de cliënt afgenomen. Aan het begin van elk bezoek is de cliënt uitgelegd dat de antwoorden vertrouwelijk zijn, er geen foute antwoorden gegeven kunnen worden en dat altijd om uitleg mag worden gevraagd als iets niet begrepen werd. Tegen de cliënten die hadden aangegeven dat de resultaten wel met de gedragsdeskundige besproken mochten worden, is nog gezegd dat dit gedaan zou worden als de resultaten op een depressie zouden wijzen.

Bij mensen met een (L)VB is het lastiger om betrouwbare informatie te verkrijgen, omdat zij vaker concreet denken, meer suggestibel zijn en meer de neiging lijken te hebben om moeilijke vragen met „ja“ te beantwoorden (Kraijer & Plas, 2010). Hier is zoveel mogelijk rekening mee gehouden door suggestieve vragen te vermijden en, indien nodig, door te vragen om te controleren of de cliënt de vraag goed had begrepen. Als de cliënt aangaf iets niet te begrijpen, heeft de onderzoeker uitleg gegeven of de vraag op een andere manier gesteld. Voorafgaande aan de afname is voor alle potentieel moeilijke woorden op papier gezet welke uitleg daarbij gegeven mocht worden. Hierdoor is suggestiviteit zo veel mogelijk voorkomen en een standaardisatie van de afnamen bevorderd. Zoals eerder beschreven, zijn de antwoorden van één cliënt uiteindelijk niet meegenomen in de analyses, omdat over de betrouwbaarheid ervan getwijfeld werd.

Data-analyse

De interne consistentie laat zien in welke mate de items eenzelfde construct meten, in dit geval depressie. De interne consistentie van de ZDS is bepaald door de Cronbach's alfa (α) te berekenen voor zowel T1 als T2. De interne consistentie wordt als goed beschouwd als $\alpha > 0.70$ (Nunnally & Bernstein, 1994). De test-hertestbetrouwbaarheid is goed als een instrument twee keer afgenomen wordt, met niet te veel, maar ook niet te weinig tijd tussen beide afnamen, en twee keer ongeveer dezelfde score behaald wordt. De test-hertestbetrouwbaarheid van de ZDS is bepaald door: (1) De Intraclass Correlatie (ICC) te berekenen over de totaalscores van T1 en T2, en (2) een gepaarde t-toets om aan te tonen dat de scores op T1 niet significant verschillen van die van T2. De volgende kwalificaties gelden voor een bepaalde ICC (Cicchetti, 1994): erg laag (ICC < 0.40), redelijk (ICC tussen 0.40-0.59), goed (ICC tussen 0.60-0.74), en uitstekend (ICC ≥ 0.75).

De constructvaliditeit is hoog als de resultaten op de ZDS vergelijkbaar zijn met die van de resultaten op een instrument waarvan al vastgesteld is dat het depressie (bij mensen met een LVB) meet. De constructvaliditeit is bepaald door de Spearman's Rangorde-correlatiecoëfficiënten te berekenen tussen de T1-scores op de ZDS en de niveaus van depressie op de cliënt- en informantversie van de PAS-ADD-10. Hiervoor zijn non-parametrische toetsen gebruikt, omdat de scores op de PAS-ADD-10 niveauscores zijn (en dus ordinaal) en daarnaast niet normaal verdeeld (getoetst met de Kolmogorov-Smirnov test). Daarnaast is met de Kruskal-Wallis-test onderzocht of de gemiddelde totaalscore op de ZDS op T1 significant verschilt per niveaus van depressie op de PAS-ADD-10. Verwacht werd dat als iemand een ernstigere depressie heeft op de PAS-ADD-10 de gemiddelde ZDS-score dan ook hoger is. Tot slot zijn door middel van een kwalitatieve analyse de niveaus van depressie van de ZDS afgezet tegen die van de PAS-ADD-10 en is bepaald in welke mate deze niveaus overeenkomen.

Resultaten

Praktische toepasbaarheid

Voordat we de resultaten van de statistische analyses presenteren, geven we eerst een indruk van het verloop van de interviews en de praktische bruikbaarheid van beide instrumenten.

De meeste cliënten gaven aan dat zij het leuk vonden om aan het onderzoek mee te werken en niemand weigerde om een tweede afspraak te maken. De cliënten vonden het fijn dat er iemand

speciaal voor hen kwam, de tijd nam en naar hen luisterde. Ze leken de vragen van de ZDS goed te begrijpen. Alleen bij de vraag „Voelt u zich wel eens somber?“ wisten verschillende cliënten niet wat dat betekende. De onderzoeker gaf bij elke cliënt dezelfde uitleg, namelijk dat somber „verdrietig“ of „niet blij“ betekent. Verder waren er geen noemenswaardige problemen bij de afname van de ZDS. Hoewel de PAS-ADD-10 ontwikkeld is voor mensen met een verstandelijke beperking, leken de cliënten meer moeite te hebben met deze vragen, vooral de vragen over gevoelens. Bij vragen als „Kijkt u uit naar dingen?“, „Voelt u zich zeker van uzelf?“, en „Vindt u uzelf even goed als andere mensen?“, vroegen cliënten vaak om uitleg of bij doorvragen bleek dat de vraag niet of verkeerd begrepen was. Onze bevinding is dat de vragen van de ZDS beter begrepen werden.

Resultaten betrouwbaarheid en validiteit

De Cronbach's alfa (ter bepaling van de interne consistentie) van de ZDS is 0.89 op T1 en 0.84 op T2. De analyses voor de test-hertestbetrouwbaarheid laten zien dat ICC = 0.91 ($p < 0.01$) en dat de gemiddelde ZDS-score op T1 (19.76, SD = 12.57) niet significant verschilt van die van T2 (18.62, SD = 10.28; $t = 1.42$, $p = 0.17$). De gemiddelde scores op de ZDS per niveau van depressie op de PAS-ADD-10, voor het bepalen van de constructvaliditeit, staan weergegeven in Tabel 1. De resultaten van de Kruskal-Wallis-test ($\chi^2(3) = 12.02$, $p < 0.01$), geven aan dat de gemiddelde scores op de ZDS significant van elkaar verschillen tussen de verschillende niveaus van depressie op de cliëntversie van de PAS-ADD-10. De gemiddelde ZDS-score is hoger bij een ernstigere mate van depressie op de PAS-ADD-10. Vanwege het kleine aantal cliënten dat een lichte tot ernstige depressie had konden er geen post hoc analyses worden uitgevoerd. Hierdoor kunnen we niet aangeven welke scores significant van elkaar verschillen.

Tabel 1. Gemiddelde score (M) en standaarddeviatie (SD) op de ZDS per niveau van depressie op de PAS-ADD-10

PASS-ADD-10	ZDS		PASS-ADD-10	ZDS	
<i>Cliëntversie</i>	N	M (SD)	<i>Informantversie</i>	N	M (SD)
Geen depressie	25	15.40 (9.09)	Geen depressie	27	17.85 (12.70)
Lichte depressie	4	23.25 (10.50)	Lichte depressie	5	22.60 (6.69)
Matige depressie	4	34.00 (5.83)	Matige depressie	1	39.00 (-)
Ernstige depressie	1	58.00 (-)	Ernstige depressie	1	38.00 (-)

Voor de informantversie van de PAS-ADD-10 geeft de Kruskal-Wallis-test aan dat de ZDS-scores niet significant verschillend zijn per niveau van depressie ($\chi^2(3) = 5.64$, $p = 0.13$). Dit lijkt vooral te komen omdat de aantallen hier nog kleiner zijn. Over het algemeen genomen wordt de indruk gewekt dat hoe hoger het niveau van depressie is (met uitzondering van een ernstige depressie), hoe hoger de score op de ZDS. Spearman's Rangorde-correlatiecoëfficiënten tonen aan dat de niveauscores op de ZDS significant samenhangen met de niveauscores op de cliëntversie ($r_s = 0.61$, $p < 0.001$) en op de informantversie ($r_s = 0.39$, $p < 0.05$) van de PAS-ADD-10.

Tabel 2 geeft weer in hoeverre de niveaus van depressie op de cliënt- en informantversie van de PAS-ADD-10 overeenkomen met niveauscores op de ZDS op T1. Uit deze tabel blijkt dat de ZDS vaker de indicatie depressie geeft dan de PAS-ADD-10. Volgens de ZDS hebben 23 cliënten een bepaalde mate van depressie (en 11 dus niet), terwijl dit bij de PAS-ADD-10 het geval is voor 9 (cliëntversie) tot 7

cliënten (informantversie). Alle cliënten die volgens de cliënt- of informantversie van de PAS-ADD-10 een depressie hebben, hebben dit ook volgens de ZDS. Andersom is dat niet het geval.

Tabel 2. Niveaus van depressie op de ZDS afgezet tegen die van de cliënt- en informantversie van de PAS-ADD-10

PAS-ADD-10	Niveau van depressie - ZDS					totaal
	geen	licht	matig	ernstig	zeer ernstig	
<i>Cliëntversie</i>						
Geen depressie	11	10	4	0	0	25
Lichte depressie	0	3	1	0	0	4
Matige depressie	0	0	2	2	0	4
Ernstige depressie	0	0	0	0	1	1
Totaal	11	13	7	2	1	34
<i>Informantversie</i>						
Geen depressie	11	10	4	1	1	27
Lichte depressie	0	3	2	0	0	5
Matige depressie	0	0	0	1	0	1
Ernstige depressie	0	0	1	0	0	1
Totaal	11	13	7	2	1	34

Conclusie en discussie

Het doel van dit onderzoek was om de betrouwbaarheid en validiteit van de Zelfinvullijst Depressieve Symptomen bij mensen met een LVB te onderzoeken. Een dergelijk zelfrapportage-instrument was in Nederland namelijk nog niet beschikbaar.

De resultaten lieten zien dat zowel de interne consistentie als de test-hertestbetrouwbaarheid goed tot uitstekend zijn. De verschillende items van de ZDS lijken dus eenzelfde construct te meten (depressie) en duidelijk genoeg geformuleerd te zijn waardoor er een vergelijkbare score is op twee (niet al te ver uit elkaar liggende) meetmomenten. De ZDS lijkt ook voldoende valide te zijn. De niveauscores op de ZDS hangen significant en (redelijk) hoog samen met de niveauscores op de cliëntversie van de PAS-ADD-10. Ook blijkt dat cliënten met een ernstigere depressie gebaseerd op de PAS-ADD-10 ook hoger scoren op de ZDS. De samenhang tussen de niveauscores op de ZDS en de niveauscores op de informantversie van de PAS-ADD-10 was ook significant, maar beduidend lager dan voor de samenhang tussen de cliëntversies van beide instrumenten. Tot slot bleek dat cliënten met een ernstigere depressie volgens begeleiders (PAS-ADD-10) op het oog wel hogere scores op de ZDS lijken te hebben, maar dat dit niet statistisch significant was. Aangezien we hier zelfrapportage met informantrapportage vergelijken is dit niet heel verrassend. Eerder onderzoek heeft aangetoond dat het eerder regel dan uitzondering is dat de scores op vergelijkbare instrumenten maar van verschillende informanten slechts beperkt samenhangen (o.a. Douma et al., 2006). En aangezien het hier om depressie gaat, is deze lagere mate van samenhang nog beter te verklaren, omdat depressieve symptomen moeilijker voor buitenstaanders te signaleren zijn. Daarnaast was het aantal cliënten dat een matige of ernstige depressie had volgens de PAS-ADD-10 (en dit geldt voor de cliënt-, maar vooral voor de informantversie) te klein om een significant effect te vinden. Onderzoek met meer

cliënten is nodig om de constructvaliditeit te bevestigen en te bepalen of de ZDS significant hogere scores geeft voor cliënten met een matig of ernstig niveau van depressie op de PAS-ADD-10.

Tot slot is met behulp van kruistabellen de samenhang tussen de niveaus van depressie op beide instrumenten nader geanalyseerd. Hieruit bleek dat de ZDS ten opzichte van beide versies van de PAS-ADD-10 zeer sensitief is (100%); alle cliënten die enige mate van depressie hebben volgens de PAS-ADD-10 hebben ook een bepaalde mate van depressie volgens de ZDS. Andersom geldt dat de specificiteit van de ZDS beduidend minder groot lijkt; van de cliënten die volgens de PAS-ADD-10 geen depressie hebben, heeft de meerderheid van hen toch een bepaalde mate van depressie volgens de ZDS (waarvan de meesten in lichte mate). Daar tegenover staat dat cliënten die geen depressie hebben volgens de ZDS, dit ook niet hebben volgens beide versies van de PAS-ADD-10. Op basis van deze resultaten kunnen we concluderen dat de ZDS een sensitief instrument lijkt te zijn voor het signaleren van depressie bij mensen met een LVB; de ZDS lijkt eerder een indicatie depressie te geven dan de PAS-ADD-10. Waarschijnlijk zal daarom niet iedereen die depressie scoort op de ZDS ook daadwerkelijk depressief zijn en moet een indicatie depressie op basis van de ZDS met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Als iemand geen depressie heeft volgens de ZDS kan echter met behoorlijke zekerheid worden aangenomen dat deze persoon niet depressief is.

Het verschil tussen de uitkomsten op de ZDS en de PAS-ADD-10 wordt waarschijnlijk grotendeels verklaard door de verschillende meetpretenties van beide instrumenten. De ZDS is bedoeld als screeningsinstrument en ernstmeting, terwijl de PAS-ADD-10 een diagnostisch instrument is. De normen van de PAS-ADD-10 zijn daarom strikter dan de normen van de ZDS. De diagnose depressie wordt op basis van de PAS-ADD-10 alleen gegeven als aan de criteria voor een depressie-episode van de ICD-10 wordt voldaan. Bij de ZDS is het daarentegen zo dat ook al een indicatie voor depressie kan worden gegeven als aan een aantal ICD-10- of DSM-IV-criteria voor depressie wordt voldaan. Als bijvoorbeeld een aantal symptomen in ernstige mate aanwezig is, kan dit tot een hoge totaalscore leiden, terwijl dan niet altijd aan de belangrijkste ICD-10-criteria voor depressie wordt voldaan. Daardoor kan het gebeuren dat iemand die een aantal symptomen van depressie vertoont een bepaalde mate van depressie scoort op de ZDS, maar niet op de PAS-ADD-10.

Een andere verklaring waarom meer cliënten depressief zijn volgens de ZDS dan volgens de PAS-ADD-10 zou kunnen zijn dat de twee meetinstrumenten niet volledig uit dezelfde items bestaan en iets andere criteria voor depressie gebruiken. Zo bevat de ZDS naast vragen over symptomen van depressie ook twee vragen over angst. Deze vragen over angst tellen mee voor de totaalscore van depressie. Bij de PAS-ADD-10 telt de score op vragen over angst daarentegen niet mee voor de totaalscore van depressie. Iemand die relatief hoog scoort op angst zal daardoor sneller depressie scoren op de ZDS dan op de PAS-ADD-10.

Voordelen van de ZDS, vergeleken met de PAS-ADD-10, zijn dat de afname weinig tijd kost en dat nauwelijks of geen training nodig is om de vragenlijst af te mogen nemen. Het is echter onduidelijk of de huidige normen van de ZDS geschikt zijn voor mensen met een LVB. Toekomstig onderzoek met een grotere steekproef, inclusief een klinische vergelijkingsgroep (dat wil zeggen inclusief mensen met een LVB en een door een daartoe bevoegd persoon gediagnosticeerde depressie) is nodig om hier meer duidelijkheid over te kunnen geven.

Daarnaast zou het goed zijn om kritisch naar de vragen van de ZDS te kijken. Ook al konden de cliënten de meeste vragen van de ZDS adequaat beantwoorden, de vraag over somberheid was voor velen moeilijk. Aangezien dit een belangrijk begrip is bij het vaststellen van depressie, zal moeten worden nagegaan of het woord „somber“ door een eenvoudiger synoniem te vervangen is.

Gezien de beperkte omvang van de steekproef is dit onderzoek slechts een eerste, maar desalniettemin belangrijke, aanzet voor het bepalen van de validiteit, betrouwbaarheid en bruikbaarheid van de ZDS. Zoals al eerder aangegeven is meer onderzoek met een grotere steekproef (waarvan meer mensen die een matige of ernstige depressie hebben) om onze conclusies met meer zekerheid te kunnen trekken. Tevens kan dan de sensitiviteit en specificiteit van de ZDS nader bepaald worden. Omdat de ZDS geen gevallen van depressie lijkt te missen, concluderen we dat afname van de ZDS in een interview een betrouwbare en valide methode lijkt te zijn voor het screenen op depressie bij mensen met een LVB.

Literatuurlijst

- Bassa, H. (2011). De Zelfinvullijst Depressieve Symptomen: Psychometrische eigenschappen bij gebruik bij mensen met een licht verstandelijke beperking. (Ungepubliceerde Master-scriptie). Master Orthopedagogiek, Universiteit Utrecht, Utrecht.
- Bhaumik, S., Tyrer, F. C., McGrother, C., & Ganghadaran, S. K. (2008). Psychiatric service use and psychiatric disorders in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52, 986-995.
- Cooper, S. A., 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.
- Corruble, E., Legrand, J. M., Duret, C., Charles, G., & Guelfi, J. D. (1999). Research report IDS-C and IDS-SR: Psychometric properties in depressed in-patients. *Journal of Affective Disorders*, 56, 95-101.
- Costello, H., Moss, S., Prosser, H., & Hatton, C. (1997). Reliability of the ICD 10 version of the Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disability (PAS-ADD). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 339-343.
- Deb, S., Thomas, M., & Bright, C. (2001). 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.
- Došen, A. (2010). Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- Douma, J. C. H., Dekker, M. C., Verhulst, F. C., & Koot, H. M. (2006). Self-reports on mental health problems of youth with moderate to borderline intellectual disabilities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 1224-1231.
- Hermans, H., & Evenhuis, H. E. (2010). Characteristics of instruments screening for depression in adults with intellectual disabilities: Systematic review. *Research in Developmental Disabilities*, 31, 1109-1120.
- Hurley, A. D. (2008). Depression in adults with intellectual disability: Symptoms and challenging behavior. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52, 905-916.
- Kraijer, D., & Plas, J. (2010). Handboek psychodiagnostiek en beperkte begaafdheid. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.
- Moss, S., Emerson, E., Kiernan, C., Turner, S., Hatton, C., & Alborz, A. (2000). Psychiatric symptoms in adults with learning disability and challenging behaviour. *British Journal of Psychiatry*, 177, 452-456.
- Moss, S., Ibbotson, B., & Prosser, H. (1994). The Psychiatric Assessment Schedule for Adults with a Developmental Disability (the PAS-ADD): Interview development and compilation of the clinical glossary. Manchester: Hester Adrian Research Centre.
- Moss, S., Ibbotson, B., Prosser, H., Goldberg, D. Patel, P., & Simpson, N. (1997). Validity of the PAS-ADD for detecting psychiatric symptoms in adults with learning disability (mental retardation). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 344-354.
- Moss, S. C., Patel, P., Prosser, H., Goldberg, D. P., Simpson, N., Row, S., & Lucchino, R. (1993). Psychiatric morbidity in older people with moderate and severe learning disability (mental retardation). Part I: Development and reliability of the Patient Interview (the PAS-ADD). *British Journal of Psychiatry*, 163, 471-480.
- Moss, S., Prosser, H., Ibbotson, B., & Goldberg, D. (1996). Respondent and informant accounts of psychiatric symptoms in a sample of patients with learning disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 40, 457-465.
- Myrbakk, E., & Von Tetzchner, S. (2008). Psychiatric disorders and behavior problems in people with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 29, 316-332.

- Nunnally J. C., & Bernstein, I. R. (1994). *Psychometric Theory* (3rd edition). New York: McGraw-Hill.
- Rush, A. J., Giles, D. E., Schlessler, M. A., Fulton, C. L., Weissenburger, J., & Burns, C. (1986). The Inventory for Depressive Symptomatology (IDS): Preliminary findings. *Psychiatry Research*, 18, 65-87.
- Rush, A. J., Gullion, C. M., Basco, M. R., Jarrett, R. B., & Trivedi, M. H. (1996). The Inventory of Depressive Symptomatology (IDS): Psychometric properties. *Psychological Medicine*, 26, 477-486.
- Smiley, E., & Cooper, S. A. (2003). Intellectual disabilities, depressive episode, diagnostic criteria and diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation (DC-LD). *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 62-71.
- Trivedi, M. H., Rush, A. J., Ibrahim, H. M., Carmody, T. J., Biggs, M. M., Suppes, T., Crismon, M. L., ..., & Kashner, T. M. (2004). The Inventory of Depressive Symptomatology, Clinician Rating (IDS-C) and Self-Report (IDS-SR), and the Quick Inventory of Depressive Symptomatology, Clinician Rating (QIDS-C) and Self-Report (QIDS-SR) in public sector patients with mood disorders: A psychometric evaluation. *Psychological Medicine*, 34, 73-82.
- White, P., Chant, D., Edwards, N., Townsend, C., & Waghorn, 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.
-