



Het herkennen en diagnosticeren van depressieve stoornissen

Karen Mutsaers

Juni 2009

Nederlands Jeugdinstituut

Infolijn t (030) 630 65 64

e infojeugd@nji.nl

i www.nji.nl

Inleiding

Deze tekst gaat over het herkennen en diagnosticeren van depressieve stoornissen bij kinderen en jongeren. Iemand met een depressie voelt zich langere tijd neerslachtig en is zijn interesse en plezier in de gewone dagelijkse dingen verloren.

In de hierop volgende paragrafen wordt uiteengezet hoe hulpverleners een depressie bij kinderen en jongeren kunnen vaststellen en welke instrumenten daarvoor bruikbaar zijn. Ook wordt een overzicht gegeven van in Nederland beschikbare instrumenten en mogelijke aanvullingen vanuit het buitenland.

Het diagnostisch proces

De twee belangrijkste methodes om depressie bij kinderen en jongeren vast te stellen zijn het afnemen van klinische interviews en het (laten) invullen van vragenlijsten. Welke methode een hulpverlener kiest, hangt af van het doel. Als het doel is om het vóórkomen of de ernst van de depressieve symptomen te meten, kunnen hulpverleners volgens Mash en Barkley (2007) het beste gebruik maken van vragenlijsten. Voor het stellen van een diagnose is een gestructureerd of semigestructureerd klinisch interview noodzakelijk. Het diagnosticeren van een depressieve stoornis is voorbehouden aan de kinder- of jeugdpsychiater of psycholoog.

Zowel in onderzoek als in de klinische praktijk wordt vaak gekozen voor een 'multiple-gating' aanpak waarbij in eerste instantie gebruik gemaakt wordt van vragenlijsten die dienen als screeningsinstrumenten, gevolgd door meer intensieve interviews als er sprake blijkt van depressieve symptomen (Timbremont & Braet, 2005; Mash & Barkley, 2007).

Vragenlijsten

Vragenlijsten zijn tijdsefficiënt (ze zijn vaak kort), goedkoop en gemakkelijk te scoren (Timbremont & Braet, 2005). Daarom zijn zij geschikt om in de eerste fase in te zetten als screeningsinstrumenten. De totaalscore op een vragenlijst staat niet gelijk aan een diagnose. In tegenstelling tot diagnostische interviews bieden vragenlijsten namelijk niet voldoende informatie om een diagnose te stellen. De meeste vragenlijsten vragen niet direct naar de DSM-criteria en hebben bovendien een hoge vals-positieve uitslag. Een vals-positieve uitslag betekent dat wanneer een hulpverlener de uitslag van de vragenlijst als diagnose zou aannemen, er een redelijk grote kans is dat een niet-depressieve jeugdige onterecht als depressief gediagnosticeerd zou worden. Het is dus belangrijk om met behulp van een intensiever onderzoek na te gaan of er daadwerkelijk sprake is van een depressie, als een jeugdige een verhoogde score heeft op een vragenlijst (Mash & Barkley, 2007).



Er zijn verschillende soorten vragenlijsten, waaronder zelfrapportagevragenlijsten, vragenlijsten die de therapeut afneemt en vragenlijsten die door anderen uit de omgeving, zoals ouders en/of leerkrachten ingevuld worden (Klein et al., 2005). Het komt het vaakst voor dat kinderen of jongeren zelf gevraagd worden een vragenlijst in te vullen waarin zij aan kunnen geven hoe zij zich de laatste tijd (de afgelopen week of de afgelopen twee weken) gevoeld hebben en wat zij dachten. Zulke zelfrapportagevragenlijsten geven vooral zicht op de subjectieve beleving van het kind zelf en zijn daarom erg geschikt om symptomen op te sporen die aan de buitenkant niet altijd te zien zijn, zoals schuldgevoelens of hopeloosheid (Timbremont & Braet, 2005; Mash & Barkley, 2007). Zelfrapportagevragenlijsten zijn geschikt voor kinderen vanaf ongeveer 8 jaar en ouder.

Zelfrapportagevragenlijsten zijn vrijwel altijd ontwikkeld voor een specifieke leeftijdsgroep (bijvoorbeeld van 9 tot 12 jaar). Mash & Barkley (2007) merken echter op dat zij in de praktijk ook vaak bij andere leeftijdsgroepen ingezet worden dan voor wie ze bedoeld zijn. In zulke gevallen is het de vraag of de totaalscore wel een goede indicatie geeft van de ernst van de depressieve symptomen. Ook benadrukken zij dat verschillende zelfrapportagevragenlijsten zijn afgeleid van instrumenten voor volwassenen. Het risico daarvan is dat zij mogelijk symptomen vaststellen die voor het meten of herkennen van depressie bij jeugdigen niet relevant zijn. Meer systematisch onderzoek op dit gebied is nodig.

Voor jongere kinderen (< 8 jaar) zijn zelfrapportagevragenlijsten niet geschikt. Hun leesvaardigheid is nog niet goed ontwikkeld en zij beschikken daarnaast nog niet over voldoende reflectie- en abstractievermogen om de vragen te kunnen beantwoorden (Klein et al., 2005; Timbremont & Braet, 2005). Het is voor hen bijvoorbeeld lastig in te schatten hoe vaak en hoe intens zij de symptomen ervaren, of hun huidige toestand verschilt van hun eerdere functioneren en wanneer de depressie precies is begonnen. Voor deze leeftijdsgroep wordt daarom vaak gebruik gemaakt van vragenlijsten die door ouders of leerkrachten van het kind ingevuld kunnen worden. Op basis van deze gegevens wordt dan een inschatting gemaakt van de ernst van de depressieve symptomen bij het kind (Mash & Barkley, 2007). Overigens is het verstandig om ook bij de ouders of leerkrachten van oudere kinderen vragenlijsten af te nemen als aanvulling op de zelfrapportage. Ouders of leerkrachten kunnen extra informatie geven over symptomen, de ernst van de symptomen en het verloop van de depressie. Verschillende studies hebben aangetoond dat kinderen, ouders, leraren en therapeuten allemaal letten op verschillende informatie bij het bepalen van de ernst van de depressie van de jeugdige. Het meest volledige beeld ontstaat dan ook wanneer zij allemaal ondervraagd worden (Barrett & Ollendick, 2004; Klein et al., 2005; Mash & Barkley, 2007).

Aan het inzetten van vragenlijsten zijn enkele nadelen verbonden. Zo zijn zij niet altijd in staat verschillende begrippen goed van elkaar te onderscheiden (discriminante validiteit), zeker wanneer het gaat om het onderscheid tussen depressie en angst (Mash & Barkley, 2007).¹ Een andere opvallende bevinding is dat, wanneer zowel vragenlijsten bij het kind zelf als vragenlijsten bij de ouders/verzorgers en/of leerkrachten afgenomen worden, er nogal eens sprake is van een gebrekkige convergente validiteit. Dit houdt in dat de resultaten op de vragenlijsten niet overeenkomen. Bij ouders lijkt sprake van een onderrapportage van depressieve symptomen en bij kinderen en jongeren juist van een overrapportage (National Collaborating Centre for Mental Health, 2005). Voor een therapeut kan het lastig zijn om op basis van deze tegenstrijdige resultaten een goed beeld te krijgen van de ernst van de symptomen.

In Nederland beschikbare vragenlijsten

In Nederland zijn verschillende zelfrapportagevragenlijsten beschikbaar. Een aantal daarvan is specifiek gericht op depressie en een aantal op het inventariseren van problemen in het algemeen, zowel internaliserend als externaliserend.

De *Depressie Vragenlijst voor Kinderen* (DVK) (De Wit, 1987) is ontwikkeld voor kinderen van 9 tot en met 12 jaar en maakt de mate waarin het kind lijdt aan een depressie meetbaar. Er is ook een verkorte versie beschikbaar, de *Korte Depressie Vragenlijst voor Kinderen* (KDVK). Deze kan gebruikt worden als snelle screening van mogelijke depressieve symptomen. De DVK wordt (in 1989) door de Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN) als redelijk goed beoordeeld (normen: goed, betrouwbaarheid: voldoende, begripsvaliditeit: voldoende, criteriumvaliditeit: onvoldoende). De KDVK wordt minder goed beoordeeld (normen: onvoldoende, betrouwbaarheid: voldoende, begripsvaliditeit: voldoende, criteriumvaliditeit: onvoldoende) (Evers, Van Vliet-Mulder & Groot, 2000).

In Nederland is een vertaling beschikbaar van de *Children's Depression Inventory* (CDI) (Timbremont & Braet, 2002). De CDI is een zelfrapportagevragenlijst voor kinderen van 7 tot en met 18 jaar die vaststelt of er sprake is van een depressieve stemming en wat de ernst hiervan is.

¹ Dat het onderscheid tussen depressie en angst zo moeilijk te maken is hangt samen met het feit dat zij vaak samen voorkomen (zowel bij volwassenen als bij jeugdigen). Het is vooralsnog zelfs niet duidelijk of depressie en angststoornissen twee verschillende condities zijn, of zij varianten van een enkele stoornis zijn, of dat er sprake is van een derde categorie 'angstige depressie,' die los staat van de 'pure' depressie en de 'pure' angststoornis. Clark & Watson (1991) ontwikkelden een model dat verduidelijkt hoe angst en depressie elkaar overlappen en hoe zij van elkaar verschillen. Daarbij worden drie dimensies onderscheiden:

- Algemene problemen (distress), zoals slapeloosheid, concentratieproblemen en negatieve emoties. Deze dimensie komt zowel bij depressie als bij angststoornissen voor.
- Het niet meer kunnen ervaren van vreugde (anhedonie). Deze dimensie komt alleen bij depressie voor.
- Fysiologische angst (hyperarousal). Deze dimensie komt alleen bij angststoornissen voor.

Dit onderscheid wordt inmiddels door verschillende onderzoeken bevestigd (Chorpita & Daleiden, 2002; Lonigan, Philips & Hooe, 2003, in: Klein et al., 2005).

De CDI kan als routinescreening worden gebruikt in diverse settings, waaronder het onderwijs, ambulante voorzieningen, residentiële centra en in de bijzondere jeugdzorg. In 2004 heeft de COTAN de normen als onvoldoende beoordeeld (vanwege een te kleine klinische-normgroep en een niet-klinische normgroep die alleen afkomstig is uit Vlaanderen), de betrouwbaarheid en de begripsvaliditeit als voldoende en de criteriumvaliditeit als onvoldoende (Evers, Van Vliet-Mulder & Groot, 2007). In 2008 is een herziening van de CDI verschenen, met ondermeer een uitbreiding van de normen en een uitbreiding met Nederlandse data. Deze moet nog door de COTAN beoordeeld worden.

Daarnaast is er de Nederlandse versie van de *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II-NL) (Van der Does, 2002). De BDI-II is een korte zelfrapportagevragenlijst voor het meten van de ernst van depressie bij adolescenten ouder dan 13 jaar en volwassenen. In 2005 heeft de COTAN de normen als onvoldoende beoordeeld (zij zijn gebaseerd op alleen een volwassenenpopulatie), de criteriumvaliditeit als onvoldoende, de betrouwbaarheid als goed en de begripsvaliditeit als voldoende (Evers, van Vliet Mulder & Groot, 2005).

Een zelfrapportagevragenlijst die niet specifiek gericht is op depressie, is de *Youth Self Report (YSR)*, die zich richt op kinderen van 11 tot 18 jaar. Met de YSR kan de visie van de jongere zelf op het eigen probleemgedrag en de eigen vaardigheden in kaart worden gebracht. De YSR heeft een schaal teruggetrokken/depressief en een schaal angstig/depressief.

Er zijn in Nederland nog geen specifieke screeningsinstrumenten om depressiesymptomen te bevragen via ouders of leerkrachten (Timbremont & Braet, 2005). Wel zijn er een aantal globale screeningsinstrumenten. Voor ouders is er bijvoorbeeld de *Child Behavior Checklist* (CBCL; Verhulst, Van der Ende, & Koot, 1996). Voor leerkrachten is er de *Teacher's Report Form* (TRF; Verhulst, Van der Ende, & Koot, 1997). De *Sociaal Emotionele Vragenlijst* (SEV; Scholte & van der Ploeg, 2007) kan zowel door ouders als leerkrachten ingevuld worden. Een nadeel van deze vragenlijsten is hun lengte. Het invullen van de vragenlijst is vaak erg tijdrovend, zo bestaat de CBCL uit 99 vragen. Een kortere vragenlijst is de *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) die bestaat uit 25 vragen en ingevuld kan worden door ouders, leerkrachten of jongeren vanaf 11 jaar. Al deze vragenlijsten hebben items opgenomen waarin naar depressie wordt gevraagd. Beperking is echter dat depressieve symptomen en angstsymptomen in alle vragenlijsten samen in een enkele subschaal worden opgenomen. Dit maakt het stellen van differentiële diagnose (een diagnose waarin kenmerken van verschillende ziekten met elkaar vergeleken worden) moeilijk (Timbremont & Braet, 2005).

Een belangrijke vraag is of het huidige aanbod aan vragenlijsten voldoende is. Met de DVK en de herziening van de CDI wordt voor het leeftijdsbereik van 7 t/m 18 jaar op dit moment voorzien in zelfrapportagevragenlijsten met redelijk goede psychometrische eigenschappen. Voor jongeren vanaf 13 jaar kan ook aan de BDI-II gedacht worden. Daarbij is verbetering van de normen echter nodig om te kunnen bepalen of de kwaliteit gewaarborgd is bij toepassing bij kinderen en jongeren (Resing, 2005).

Voor kinderen onder de 8 à 9 jaar zijn geen zelfrapportagevragenlijsten beschikbaar, wat logisch is, aangezien zij nog niet over voldoende abstractievermogen beschikken voor een dergelijke vragenlijst. Voor deze leeftijdsgroep zijn met name ouders, maar mogelijk ook leraren belangrijke

informatiebronnen. Vooralsnog zijn er echter geen specifiek op depressie gerichte vragenlijsten beschikbaar om bij ouders en leerkrachten af te nemen. De meer algemene vragenlijsten die beschikbaar zijn bevragen angst en depressie vaak samen (Resing, 2005). Een aanvulling op het aanbod van instrumenten is hier dan ook nodig.

Diagnostische interviews

Voor het stellen van een diagnose moet gebruik gemaakt worden van een klinisch interview. Deze methode is uitgebreider en een hulpverlener past deze toe als screeningsinstrumenten aangeven dat er signalen zijn van een depressie (Timbremont & Braet, 2005; Mash & Barkley, 2007). Met diagnostische interviews kunnen zowel jeugdigen zelf als ouders bevroegd worden.

Het diagnostische interview is een uitgebreide evaluatie met als doel te bepalen of er sprake is van een depressieve stoornis en of er andere, comorbide psychiatrische en/of medische stoornissen of problemen in de omgeving spelen (Birmaher & Brent, 2007; Klein et al., 2005). Ook wordt aandacht besteed aan ernstige symptomen die van grote invloed kunnen zijn op de behandeling (zoals suïcidaliteit en psychotische symptomen) en aan de ziektegeschiedenis van de jeugdige (is het de eerste depressieve episode of is er sprake van een terugkerend patroon?). In samenhang daarmee wordt vaak gekeken naar het voorkomen van psychiatrische stoornissen binnen de familie. Diagnostische interviews zijn meestal gebaseerd op DSM-criteria en daardoor is het mogelijk een diagnose te stellen op basis van de interviews. Het nadeel daarbij is, volgens Timbremont & Braet (2005) dat de DSM ontworpen is voor volwassenen en hierdoor geen rekening houdt met ontwikkelingsaspecten.

Diagnostische interviews kunnen volledig gestructureerd, semigestructureerd of ongestructureerd zijn. Ongestructureerde interviews hebben geen vast format, de interviewer bepaalt zelf wat er hoe en wanneer gevraagd wordt. Uit onderzoek blijkt dat ongestructureerde interviews niet goed geschikt zijn om de diagnose depressie te stellen bij kinderen en jongeren (Klein et al., 2005).

Het semigestructureerde interview is deels gestructureerd, maar geeft de interviewer wel de ruimte om bijvoorbeeld vragen toe te voegen. Het volledig gestructureerde interview biedt deze ruimte niet. Daarin staan de vragen vast. Het gestructureerde interview kan daardoor ook door niet-getrainde interviewers afgenomen worden. Voor het afnemen van ongestructureerde of semigestructureerde interviews is wel training en ervaring nodig (Klein et al., 2005; Mash & Barkley, 2007). Het diagnosticeren van een depressieve stoornis is voorbehouden aan de kinder- of jeugdpsychiater of psycholoog.

Gestructureerde en semigestructureerde diagnostische interviews worden over het algemeen beschouwd als de gouden standaard voor het stellen van een diagnose. Belangrijk knelpunt bij diagnostische interviews is echter dat de ecologische validiteit (toepasbaarheid in de dagelijkse praktijk) over het algemeen niet goed is. Afname is vaak tijdrovend – kan meer dan een uur in beslag nemen - en daarom niet altijd haalbaar in de praktijk (Mash & Barkley, 2007). Daarom kan ervoor gekozen worden slechts die onderdelen af te nemen die het meest relevant zijn voor de jeugdige. De keuze voor deze onderdelen kan ingegeven worden door bijvoorbeeld het resultaat op de screeningsinstrumenten en interviews met het gezin (National Collaborating Centre for Mental Health, 2005).

Over het algemeen wordt aangenomen dat diagnostische interviews, net als zelfrapportagevragenlijsten, kunnen worden afgenomen bij kinderen vanaf 8 jaar. Vóór die leeftijd moeten andere technieken worden toegepast, zoals bijvoorbeeld spelobservaties (Timbremont & Braet, 2005).

Diagnostische interviews in Nederland

In Nederland zijn een aantal diagnostische interviews beschikbaar die gebaseerd zijn op de DSM-IV-criteria (Timbremont & Braet, 2005): de *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV – Child version* (ADIS-C; Siebelink, Treffers, & De Ryke, 2001) (dit interview is gericht op angststoornissen maar heeft ook een onderdeel dat gericht is op het vaststellen van de aanwezigheid van stemmingsstoornissen), het *Structured Clinical Interview for DSM-IV, Child Edition* (KID-SCID; Dreesen, Stroux, & Weckx, 1998) en de *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children* (K-SADS; Reichart, Wals & Hillegers, 2000). De *Child Assessment Schedule* (CAS; Grietens & Hellinckx, 1993) baseert zich op DSM-III-criteria. Met deze interviews kunnen zowel de jeugdige zelf als de ouders bevraagd worden (Timbremont & Braet, 2005). Daarnaast is er het *Semigestructureerd Klinisch Interview voor Kinderen en Adolescenten* (SCICA; Kasius, 1997) dat aansluit bij het traditionele kinderpsychiatrisch onderzoek. Met de SCICA kunnen ook zes DSM-schalen gescoord worden (waaronder affectieve problemen). In Nederland is nog weinig onderzoek verricht naar de psychometrische eigenschappen van deze interviews.

Aanvullingen vanuit het buitenland

Het herkennen en diagnosticeren van depressie bij kleuters en voorschoolse kinderen is nog voor een groot deel onbekend gebied (Garber & Horowitz, 2002). Bovendien is vooralsnog niet goed duidelijk of depressies (in de vorm zoals ze bij oudere jeugdigen en volwassenen voorkomen) ook al bij kinderen op jonge leeftijd voorkomen. Zoals eerder benadrukt is het afnemen van semigestructureerde interviews en zelfbeoordelvingsvragenlijsten niet aan te bevelen bij deze groep, hoewel er in het buitenland wel wat empirische ondersteuning is voor de validiteit van de CDI bij kinderen vanaf 5 à 6 (Ialongo, Edelsohn, & Kellam, 2001, in: Klein et al., 2005). De meest gebruikte instrumenten om psychopathologie waaronder depressie bij kinderen van voorschoolse leeftijd vast te stellen zijn de Achenbach instrumenten, zoals de CBCL voor ouders en de TRF voor leraren (Klein et al., 2005).

In het buitenland is een aantal instrumenten ontwikkeld specifiek gericht op het vaststellen van depressie bij voorschoolse kinderen. Een voorbeeld daarvan is de *Preschool Feelings Checklist*, een korte vragenlijst voor ouders ontwikkeld in Amerika door Luby, Heffelfinger, Koenig- McNaught, Brown en Spitznagel (2004, in: Klein et al., 2005). Dit instrument bleek een goede interne validiteit te hebben en onderscheid te kunnen maken tussen depressieve en niet-depressieve kinderen. Andere veelbelovende instrumenten uit het buitenland zijn de *MacArthur Health and Behavior Questionnaire* (Essex et al., 2002, in: Klein et al., 2005) met vragenlijsten voor ouders en leerkrachten, en de *Berkeley Puppet Interview* (Ablow et al., 1999, in: Klein et al., 2005), een semigestructureerd interview waarbij poppen worden gebruikt om aansluiting te vinden bij het ontwikkelingsniveau van het kind. Beide meetinstrumenten hebben verschillende schalen opgenomen waarin symptomen van depressie worden gemeten. De hier genoemde instrumenten zijn in Nederland niet beschikbaar, maar zijn mogelijk waardevolle aanvullingen.

Samenvatting en aanbevelingen

Op basis van de bovenstaande tekst over het herkennen en diagnosticeren van depressieve stoornissen bij kinderen en jongeren, kunnen een aantal aanbevelingen gedaan worden.

- Gebruik vragenlijsten met goede psychometrische eigenschappen als screeningsinstrumenten;

Voor kinderen vanaf ongeveer 7/8 jaar kunnen zelfrapportagevragenlijsten gebruikt worden.

Vragenlijsten met redelijk goede psychometrische eigenschappen in Nederland zijn de DVK en de CDI. Voor jongere kinderen zijn zelfrapportagevragenlijsten niet geschikt. Voor deze leeftijdsgroep zijn met name de ouders, maar ook leerkrachten belangrijke informatiebronnen. Vooral nog zijn er in Nederland echter geen specifiek op depressie gerichte vragenlijsten beschikbaar om bij ouders en leerkrachten af te nemen. Een aanvulling op dit aanbod is nodig. In het buitenland ontwikkelde vragenlijsten, zoals de Preschool Feelings checklist, kunnen waardevolle aanvullingen zijn.

Vooral nog kan voor deze leeftijdsgroep gekozen worden voor meer globale screeningsinstrumenten, zoals de CBCL, TRF of SDQ.

- Beschouw een verhoogde score op een screeningsinstrument niet als diagnose, maar als signaal dat er meer aan de hand is;
- Kies bij een verhoogde score op het screeningsinstrument voor een grondigere evaluatie in de vorm van een diagnostisch interview (uit te voeren door een kinder- of jeugdpsychiater/psycholoog);

Er zijn in Nederland een aantal diagnostische interviews beschikbaar, zoals de ADIS-C, de KID-SCID en de K-SADS. Over de psychometrische eigenschappen van deze interviews is voornamelijk echter weinig bekend.

- Wijst het klinisch interview uit dat het kind voldoet aan de diagnostische criteria voor een depressie, dan is behandeling noodzakelijk;

Meer informatie over effectieve interventies bij de behandeling van depressie bij jeugdigen en werkzame factoren in de behandeling van depressie, vindt u in het dossier Depressie op de website van het Nederlands Jeugdinstituut.

- Voldoet een kind dat hoog scoort op het screeningsinstrument niet aan de diagnostische criteria voor een depressie (blijkend uit het klinische interview), kijk dan of begeleiding nodig is;

Wanneer sprake blijkt van depressieve symptomen, maar niet van een depressieve stoornis, kan gedacht worden aan een preventieve cursus.

Bronnen

- Ablow, J. C, Measelle, J. R., Kraemer, H. C, Harrington, R., Luby, J., Smider, N., et al. (1999). The MacArthur Three-City Outcome Study: Evaluating multi-informant measures of young children's symptomatology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 1580-1590.
- Barrett, P.M. & Ollendick, T.H. (2004). Handbook of interventions that work with children and adolescents: Prevention and treatment. New York: Wiley.
- Birmaher, B., Brent, D. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. Washington, D.C.: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP).
- Chorpita, B. P., & Daleiden, E. L. (2002). Tripartite dimensions of emotion in a child clinical sample: Measurement strategies and implications for clinical utility. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1150-1160.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336
- Does, A.J.W. van der (2002). BDI-II-NL. Handleiding. De Nederlandse versie van de Beck Depression Inventory-2nd edition. Lisse: Harcourt Test Publishers.
- Dreessen, L., Stroux, A., & Weckx, M. (1998). *Nederlandse vertaling van het Gestructureerd Klinisch Interview voor DSM-IV-kind versie (KID-SCID; versie 1.0) .* Maastricht University: Author.
- Essex, M. J., Boyce, W. T, Goldstein, L. H., Armstrong, J. M., Kraemer, H. C, & Kupfer, D. J. (2002). The confluence of mental, physical, social, and academic difficulties in middle childhood: 11. Developing the MacArthur Health and Behavior Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41, 588-603.
- Evers, A., Vliet-Mulder, J.C. van & Groot, C.J. (2005). Documentatie van tests en testresearch in Nederland, aanvulling 2005/01 (COTAN). Amsterdam: Boom test uitgevers.
- Evers, A., Vliet-Mulder, J.C. van, & Groot, C.J. (2007). Documentatie van tests en testresearch in Nederland, aanvulling 2007/01 (COTAN). Amsterdam: Boom test uitgevers.
- Evers, A., Vliet-Mulder, J.C. van, & Groot, C.J. (2000). Documentatie van tests en testresearch in Nederland, deel I en II (COTAN). Assen: Van Gorcum.
- Garber, J., & Horowitz, J. L. (2002). Depression in children. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 510-540). New York: Guilford.

Grietens, H., & Hellinckx, W. (1993). *Een klinisch interview voor kinderen en jongeren: Nederlandstalige experimentele versie van de Child Assessment Schedule (CAS)*. Leuven/Apeldoorn: Garant.

Ialongo, N. S., Edelsohn, G., & Kellam, S. G. (2001). A further look at the prognostic power of young children's reports of depressed mood. *Child Development*, 72, 1114-1121.

Klein, D. N., Dougherty, L. R., & Olino, T. M. (2005). Toward guidelines for evidence-based Assessment of depression in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34 (3), 412-432.

Lonigan, C. J., Phillips, B. M., & Hooe, E. S. (2003). Relations of positive and negative affectivity to anxiety and depression in children: Evidence from a latent variable longitudinal study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 71. 465-481.

Luby, J. L., Heffelfinger, A., Koenig-McNaught, A. L., Brown, K., & Spitznagel, E. (2004). The Preschool Feelings Checklist: A brief and sensitive screening measure for depression in young children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 43. 708-717.

Mash, E. J. & Barkley, R. A. (2007). *Assessment of childhood disorders* (vierde editie). New York: Guilford Press.

National Collaborating Centre for Mental Health (2005). *Depression in children and young people. Identification and management in primary, community and secondary care*. The British Psychological Society.

Reichart, C. G., Wals, M., & Hillegers, M. (2000). *Vertaling K-sads*. Utrecht: H.C. Rümke Groep.

Resing, W. C. M. (2005) *Indicatiestelling speciaal onderwijs en leerlinggebonden financiering. Rapportage Werkgroep Advisering Instrumentarium Indicatiestelling (WAI) in opdracht van Tijdelijke Commissie Advisering Indicatiestelling (TCAI)*. Uitgeverij BOOM.

Scholte, E. M., Ploeg, J. D. van der (2007). *Handleiding Sociaal-Emotionele Vragenlijst (SEV)*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Siebelink, B. M., Treffers, D. A., & De Ryke, L. (2001). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV, child version*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Timbremont, B. & Braet, C. (2005). *Depressie bij kinderen en adolescenten, recente inzichten. Kind en Adolescent*, 26, 150-168.

Timbremont, B. & Braet, C. (2002). *Handleiding Children's Depression Inventory*. Lisse: Swets Test Publishers.

Verhulst, F. C., Van der Ende, J., & Koot, H. M. (1996). *Handleiding voor de CBCL/4-18*. Rotterdam: Afdeling Kinder- en jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis/Academisch Ziekenhuis Rotterdam/Erasmus Universiteit Rotterdam.

Verhulst, F. C., Van der Ende, J., & Koot, H. M. (1997). *Handleiding voor de Teacher's Report Form (TRF)*. Rotterdam: Afdeling Kinder- en jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis/Academisch Ziekenhuis Rotterdam/Erasmus Universiteit Rotterdam.

Wit, C. A. M. de (1987b). *Depressie Vragenlijst voor Kinderen, DVK. Handleiding*. Leuven/Amersfoort: Acco.

Kasius, M. (1997). Interviewing children. Development of the Dutch version of the Semi structured Clinical Interview for Children and Adolescents (SCICA) and testing of the psychometric properties. Thesis Erasmus University, Rotterdam, The Netherlands.