

Universiteit Utrecht

Master Klinische Kinder- en Jeugdpsychologie

MASTERTHESIS

Het verklaren van depressieve symptomen in de vroege adolescentie door sociaal teruggetrokken gedrag en sociale acceptatie door leeftijdsgenoten.

Eva Visser (3965120)

30-06-17

Begeleidend docent: Dr. Liesbeth Aleva

Tweede Beoordelaar: Lysanne te Brinke, MSc

Abstract

In this longitudinal study the relationships between social withdrawal, social acceptance by peers and depressive symptoms are investigated, using two waves of data about 782 adolescents. In the first wave adolescents were in the first class of secondary school and data for the second wave were collected one year later. Social withdrawal was measured using peer nominations by classmates, whereas social acceptance by peers and depressive symptoms were measured using self-reports. Results suggest that social acceptance by peers can predict depressive symptoms one year later, and that social withdrawal and social acceptance by peers are reciprocally related. No significant direct effect was found from social withdrawal on depressive symptoms one year later.

Samenvatting

In dit longitudinale onderzoek zijn de verbanden tussen sociaal teruggetrokken gedrag, sociale acceptatie door leeftijdsgenoten en depressieve symptomen bij 782 adolescenten in kaart gebracht. Op het eerste meetmoment zaten de adolescenten in de eerste klas van het voortgezet onderwijs. Data voor het tweede meetmoment zijn een jaar later verzameld. Teruggetrokken gedrag werd gemeten door middel van nominaties door klasgenoten. Sociale acceptatie en depressieve symptomen werd gemeten door middel van zelfrapportage. De resultaten suggereren dat sociale acceptatie door leeftijdsgenoten een voorspeller is voor depressieve symptomen en dat er een bi-directioneel verband bestaat tussen sociaal teruggetrokken gedrag en sociale acceptatie door leeftijdsgenoten. Er werd geen direct effect gevonden tussen sociaal teruggetrokken gedrag en depressieve symptomen.

Inleiding

Depressie komt zowel bij volwassenen als bij kinderen en adolescenten voor. Deze opvatting werd niet altijd onderkend. Pas in 1980 werd depressie, in de DSM III, als een stoornis beschreven die op alle leeftijden voorkomt (Timbremont, & Braet, 2005). Vrouwen hebben, vanaf de vroege adolescentie tot volwassenheid, twee keer zoveel kans als mannen om een depressie te krijgen (Nolen-Hoekstra, 2001). Volgens gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek had 0.7% van de jongeren tussen de 12 en 16 jaar last van een depressie in 2014. Voor de leeftijdsgroep 16 tot 19-jarigen is dit percentage fors hoger, namelijk 6.5% (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2016).

Bij jongeren wordt er van een depressieve stoornis gesproken wanneer er in ieder geval sprake is van een sombere, prikkelbare stemming en/of een verlies van interesses. Daarnaast moet er sprake zijn van tenminste vier aanvullende symptomen, zoals gewichtsverlies of suïcidale gedachtes (American Psychiatric Association, 2013). Adolescenten met een depressieve stoornis laten vaak teruggetrokken gedrag zien door een verlies van interesses. Daarnaast is er vanaf de adolescentie een toename van suïcidale gedachtes te zien als symptoom (de Wit, 1998). Of een depressieve stoornis zich ontwikkelt, hangt af van verschillende combinaties van factoren. Bekende risicofactoren van het kind zelf zijn onder andere biologische kwetsbaarheid van de hersenen, lichamelijke problemen en emotionele problemen. Omgevingsfactoren zijn o.a. pesten, leerproblemen of het hebben van weinig goede vriendschappen (Nederlands Jeugdinstituut, 2012). Om goede preventie en behandeling van depressie bij adolescenten mogelijk te maken is het van belang dat alle risicofactoren zo breed mogelijk in kaart worden gebracht.

In verschillende onderzoeken wordt gesuggereerd dat sociaal teruggetrokken gedrag naast een symptoom van depressie ook een voorspellende factor kan zijn voor depressie (o.a. Rubin, Chen, McDougall, Bowker, & McKinnon, 1995). Daarnaast wordt in onderzoek

gesuggereerd dat sociale acceptatie door leeftijdsgenoten ook een voorspeller kan zijn voor depressie (o.a. Prinstein, & Aikins, 2004). Het doel van dit longitudinale onderzoek is het verder in kaart brengen van verbanden tussen symptomen van depressie, sociaal teruggetrokken gedrag en sociale acceptatie door leeftijdsgenoten bij adolescenten om goede preventie en behandeling van depressie bij adolescenten mogelijk te maken.

Sociaal teruggetrokken gedrag en sociale acceptatie als voorspellers van depressie.

In de literatuur wordt geen consistente definitie van het begrip ‘sociaal teruggetrokken gedrag’ gehanteerd. Er kan onderscheid gemaakt worden tussen twee vormen van sociaal teruggetrokken gedrag (Rubin, 1982). De eerste vorm is actieve isolatie, waarbij kinderen sociaal teruggetrokken zijn, omdat ze worden afgewezen en geïsoleerd door hun leeftijdsgenoten. De tweede vorm is sociale terugtrekking, waarbij kinderen zichzelf isoleren van hun leeftijdsgenoten door interne factoren zoals angst, een negatief zelfbeeld of een gebrek aan sociale vaardigheden (Rubin, & Asendorpf, 2014). Sociaal teruggetrokken gedrag kan het beste omschreven worden als een overkoepelende term voor actieve isolatie en sociale terugtrekking met verschillende onderliggende oorzaken (Rubin, & Coplan, 2004). In het huidige onderzoek wordt deze definitie aangehouden.

Rubin, Coplan en Bowker (2009) hebben de effecten van sociaal teruggetrokken gedrag in kaart gebracht. Op basis van verschillende onderzoeken komen ze tot een transactioneel model, waarin de ontwikkeling van teruggetrokken gedrag wordt beschreven. Vanaf de geboorte zorgen biologische en ouderfactoren voor de ontwikkeling van teruggetrokken gedrag. Op de kleuter- en kinderleeftijd gaan leeftijdsgenoten ook een rol spelen in de ontwikkeling van teruggetrokken gedrag. De ontwikkeling van teruggetrokken gedrag leidt tot eenzaamheid, een negatief zelfbeeld en een depressieve stemming tijdens de vroege adolescentie, wat kan

leiden tot internaliserende problemen zoals sociale angst, sociale fobieën en depressies (Rubin et al., 2009).

Sociaal teruggetrokken gedrag wordt geassocieerd met depressie (Bell-Dolan, Reaven, & Peterson, 1993). Daarnaast wordt sociale isolatie geassocieerd met een verhoogd risico op depressieve symptomen bij adolescenten (Hall-Lande, Eisenberg, Christenson, & Neumark-Sztainer, 2007) en op basis van de literatuur wordt er dit verband ook verwacht bij sociale terugtrekking. Sociale terugtrekking houdt namelijk nauw verband met sociale vaardigheden (Rubin, & Asendorpf, 2014) en het hebben van gebrekkige sociale vaardigheden blijkt een risicofactor te zijn voor het ontwikkelen van een depressie (Segrin, 2000). Er is nog weinig longitudinaal onderzoek gedaan naar het verband tussen sociaal teruggetrokken gedrag en depressie, maar het blijkt dat sociaal teruggetrokken gedrag op 7-jarige leeftijd depressieve symptomen op 14-jarige leeftijd kan voorspellen (Rubin et al., 1995). Andere onderzoeken stellen dat er alleen een verband is wanneer kinderen een onveilige hechting hebben met hun ouders (Gullone, Ollendick, & King, 2006) of wanneer kinderen een laag zelfbeeld hebben en veel kritiek van hun moeder ontvangen (Schwartzman, & Ledingham, 2013). Verschillende auteurs stellen dat de gevolgen van sociaal teruggetrokken gedrag sterker zijn voor jongens dan voor meisjes op het gebied van internaliserende problemen (o.a. Doey, Coplan, & Kingsbury, 2014; Rubin et al., 2009). Teruggetrokken jongens vinden zichzelf sociaal incompetent, hebben een lager zelfbeeld en zijn vaker eenzaam dan leeftijdsgenoten (Nelson, Rubin, & Fox, 2005).

Vanuit de hechtingstheorie (Bowlby, 1982) wordt verwacht dat sociale acceptatie door leeftijdsgenoten in het algemeen ook een voorspeller kan zijn voor depressie, omdat relaties met leeftijdsgenoten in de adolescentie steeds belangrijker worden voor het welzijn van jongeren. Rubin et al. (2009) suggereren dat een lage mate van sociale acceptatie door leeftijdsgenoten zou leiden tot negatieve gevoelens en gedachten, wat symptomen zijn van

depressie. In de rest van het onderzoek wordt het concept *sociale acceptatie* gebruikt om te verwijzen naar sociale acceptatie door leeftijdsgenoten.

In verschillende onderzoeken zijn tegengestelde resultaten gevonden voor het verband tussen sociale acceptatie en depressieve symptomen. Sociale afwijzing wordt geassocieerd met depressieve symptomen (La Greca, & Harrison, 2005). Uit longitudinaal onderzoek blijkt dat minder sociale acceptatie leidt tot meer depressieve symptomen, maar alleen bij adolescenten die veel belang hechten aan sociale status (Prinstein, & Aikins, 2004). Daarnaast blijkt dat negatieve interpretaties van ervaringen met leeftijdsgenoten binnen een groep adolescenten toekomstige niveaus van depressie kunnen voorspellen (De Los Reyes, & Prinstein, 2004). Er is echter ook onderzoek dat stelt dat tekorten in steun van leeftijdsgenoten geen invloed hebben op de mate van depressieve symptomen (Stice, Ragan, & Randall, 2004). Tot slot blijkt uit onderzoek dat het effect van sociale acceptatie op depressieve symptomen mogelijk sterker is voor meisjes (Prinstein, & Aikins, 2004).

De bi-directionele relatie tussen sociaal teruggetrokken gedrag en sociale acceptatie.

Sociaal teruggetrokken gedrag lijkt een mindere mate van sociale acceptatie te voorspellen (Nelson et al., 2005; Rubin, & Krasnor, 1986) en wordt geassocieerd met meer problemen met leeftijdsgenoten op de basisschoolleeftijd (Coplan et al., 2013). Vanaf de basisschool tot begin middelbare school worden teruggetrokken kinderen minder aardig gevonden door hun leeftijdsgenoten (o.a. Ladd, 2006; Oh et al., 2008). Teruggetrokken jongeren blijken minder sociaalvaardig (o.a. Bohlin, Hagekull, & Andersson, 2005) en gebrekkige sociale vaardigheden dragen bij aan een lage mate van sociale acceptatie (Putallaz, & Gottman, 1981), wat een mogelijke verklaring kan zijn voor het negatieve verband tussen teruggetrokken gedrag en sociale acceptatie.

Naar het verband in de andere richting is nog weinig onderzoek gedaan, alhoewel Rubin et al. (2009) voorstellen dat afwijzing door leeftijdsgenoten leidt tot meer teruggetrokken gedrag. Een indirect effect is wel gevonden. Een gebrek aan sociale acceptatie lijkt een deel van de eenzaamheid van jongeren te verklaren (Rubin, & Asendorpf, 2014), wat wordt geassocieerd met sociaal teruggetrokken gedrag (o.a. Prior, Smart, Sanson, & Oberklaid, 2000). Veel onderzoek naar het verband tussen sociaal teruggetrokken gedrag en sociale acceptatie is gericht op de basisschoolleeftijd, maar het verband wordt ook verwacht tijdens de adolescentie, omdat blijkt dat scholieren relaties met leeftijdsgenoten als het belangrijkste aspect van de adolescentie ervaren en dit volgens hen ook bijdraagt aan hun gezondheid en welzijn (Brown, & Larson, 2009).

Huidig onderzoek

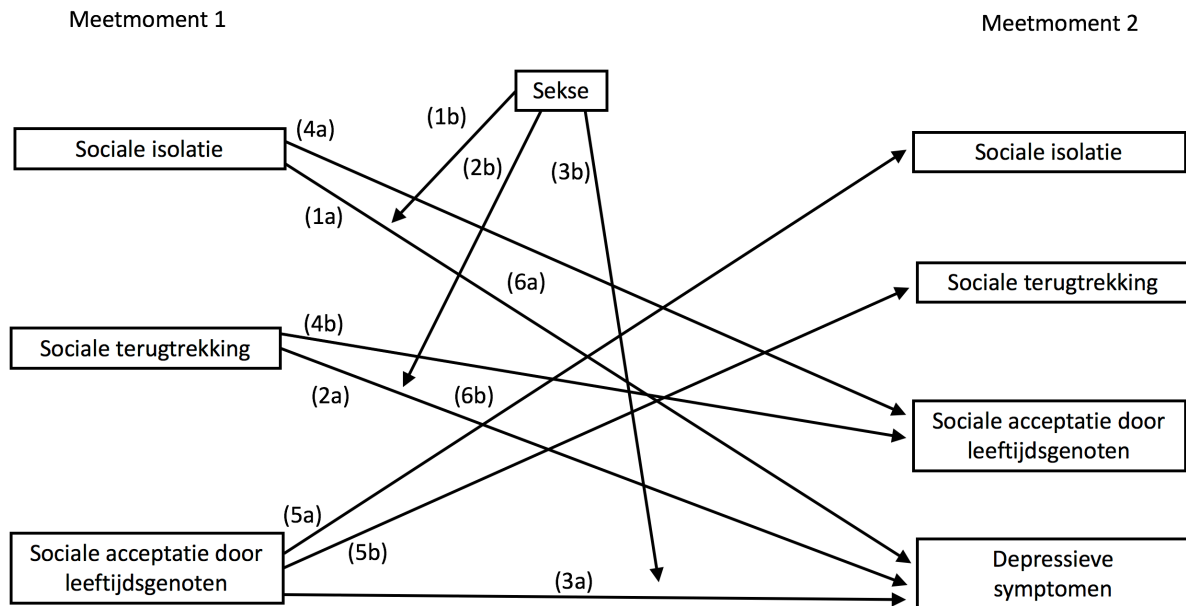
Om verbanden tussen symptomen van depressie, sociaal teruggetrokken gedrag en sociale acceptatie te onderzoeken zijn drie onderzoeksvragen gesteld:

1. Kunnen sociaal teruggetrokken gedrag en sociale acceptatie door leeftijdsgenoten depressieve symptomen voorspellen? Dit wordt onderzocht, omdat bestaand onderzoek veelal correlatief en gericht op de basisschoolleeftijd is. Verder is er weinig onderzoek dat beide vormen van sociaal teruggetrokken gedrag apart onderzoekt. Tot slot zijn er voor het verband tussen sociale acceptatie en depressieve symptomen tegengestelde resultaten gevonden in eerdere onderzoeken. Er wordt ook onderzocht of het verband tussen deze voorspellers en depressieve symptomen sterker is voor jongens of voor meisjes. Hierdoor kan de preventie en behandeling van depressieve symptomen specifieker worden toegepast. Deze onderzoeksvraag wordt beantwoord door de volgende hypothesen te testen: *Sociale isolatie leidt tot meer depressieve symptomen (1a) en dit effect is sterker voor jongens dan voor meisjes (1b); sociale terugtrekking leidt tot meer depressieve symptomen (2a) en dit effect is sterker voor jongens*

dan voor meisjes (2b); een lagere mate van sociale acceptatie leidt tot meer depressieve symptomen (3a) en dit effect is sterker voor meisjes dan voor jongens (3b). De volgende twee onderzoeksvragen worden gesteld om de onderliggende mechanismen van bovengenoemde verbanden beter te begrijpen.

2. Is er een bi-directioneel verband tussen de sociaal teruggetrokken gedrag en sociale acceptatie door leeftijdsgenoten? Ook onderzoek naar het effect van sociaal teruggetrokken gedrag op sociale acceptatie is veelal correlatieel en gericht op de basisschoolleeftijd. Daarnaast is het effect in de tegengestelde richting nog vrijwel niet onderzocht. Deze onderzoeksvraag wordt beantwoord door de volgende hypothesen te testen: *Sociale isolatie leidt tot een lagere mate van sociale acceptatie (4a); sociale terugtrekking leidt tot een lagere mate van sociale acceptatie (4b); een lagere mate van sociale acceptatie leidt tot meer sociale isolatie (5a); een lagere mate van sociale acceptatie leidt tot meer sociale terugtrekking (5b).*

3. Wordt het verband tussen sociaal teruggetrokken gedrag en depressieve symptomen gemedieerd door sociale acceptatie? Eerdere onderzoeken geven een indicatie dat sociaal teruggetrokken gedrag zowel een effect heeft op sociale acceptatie als op depressieve symptomen en dat sociale acceptatie een effect heeft op depressieve symptomen. Deze onderzoeksvraag wordt beantwoord door de volgende hypothesen te testen: *de mate van sociale acceptatie verklaart een deel van het verband tussen sociale isolatie en depressieve symptomen (6a) en verklaart een deel van het verband tussen sociale terugtrekking en depressieve symptomen (6b).*



Figuur 1. Hypotheses in huidig onderzoek.

Method

Onderzoeksdesign

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van data van een landelijk longitudinaal onderzoek naar pesten (Olthof et al., 2011). Deze data zijn verzameld door de Dutch Consortium of Bullying (DCOB), een samenwerkingsverband tussen de Vrije Universiteit, Rijksuniversiteit Groningen en Universiteit Utrecht. Verschillende scholen, in en rond Amsterdam, Apeldoorn, Deventer en Groningen, zijn benaderd met de vraag of zij wilden deelnemen aan het landelijke longitudinale onderzoek van de DCOB. Na toestemming van de school werd gevraagd om toestemming van ouders. In de periode 2005 tot en met 2008 werden participanten jaarlijks gevraagd verschillende online vragenlijsten in te vullen. Voor het huidige onderzoek zijn de data van twee meetmomenten, verzameld in 2007_(T1) en 2008_(T2), geanalyseerd.

Participanten

Tijdens het eerste meetmoment waren er 2413 participanten (1184 jongens, 1229 meisjes), die toen in leerjaar 1 (± 12.5 jaar) van het voortgezet onderwijs zaten. 853 van deze participanten heeft tijdens meetmoment 2 opnieuw deelgenomen aan het onderzoek. Alleen de participanten die hebben deelgenomen aan zowel het eerste als het tweede meetmoment van het onderzoek, en een valide score hebben op alle relevante variabelen, zijn meegenomen in de analyses. Dit betrof 782 (351 jongens, 431 meisjes) participanten.

Meetinstrumenten.

Actieve isolatie is gemeten met nominaties door klasgenoten op de schaal “isolatie” van de verkorte versie van de Revised Class Play (RCP; Aleva, Goossens, Dekker, & Lacuelle, 2015). De schaal bestond uit 8 items die gedragskenmerken omschreven van actieve isolatie. Per item werd gevraagd bij wie uit de klas de tekst past. Meerdere namen mochten worden opgeschreven. Een voorbeelditem was: “Iemand die vaak niet mee mag doen van andere kinderen”. De uiteindelijke score op een item was gelijk aan het aantal ontvangen nominaties gedeeld door het aantal leerlingen in de klas -1 (desbetreffende leerling). Dit betrof een score tussen 0 en 1. De schaalscore is tot stand gekomen door de somscore van de items te delen door het aantal items. Participanten hebben alleen een schaalscore gekregen, wanneer 5 of meer items valide zijn gescoord. De betrouwbaarheid van de schaal was op beide meetmomenten goed (Cronbach's $\alpha_{T1}=.907$, Cronbach's $\alpha_{T2}=.899$). De verdeling van de scores was rechtsscheef, waardoor de schaalscores getransformeerd moesten worden door middel van de wortel. Dit heeft het probleem niet helemaal opgelost (Skewness_{T1}=1.71, Kurtosis_{T1}=4.05, Skweness_{T2}=1.71, Kurtosis_{T2}=4.56).

Sociale terugtrekking is gemeten met nominaties door klasgenoten op de schaal “verlegen gedrag” van de verkorte versie van de RCP (Aleva et al., 2015). De schaal bestond

uit 7 items die gedragskenmerken omschreven van sociale terugtrekking. Rapportage door de respondenten was hetzelfde als bij de schaal isolatie. Een voorbeeld van een item was: “Iemand die in de klas geen antwoord geeft op vragen”. De schaalscores zijn op dezelfde manier tot stand gekomen als de schaalscores op de schaal isolatie. De betrouwbaarheid van de schaal was op beide meetmomenten goed (Cronbach’s $\alpha_{T1}=.897$, Cronbach’s $\alpha_{T2}=.905$). De verdeling van de scores was rechtsscheef, waardoor de schaal getransformeerd moest worden door middel van de wortel. Dit heeft het probleem niet helemaal opgelost (Skewness $_{T1}=1.63$, Kurtosis $_{T1}=3.90$, Skewness $_{T2}=1.61$, Kurtosis $_{T2}=3.84$).

Depressieve symptomen zijn gemeten met zelfrapportages op de schaal depressieve symptomen van de verkorte angst- en depressievragenlijst (RCAD-25; Muris, Meesters, & Schouten, 2002). Deze schaal bestond uit 5 items. Een voorbeeld van een item was: “Ik voel me verdrietig en leeg vanbinnen”. Respondenten werd gevraagd één van de vier mogelijkheden aan te kruisen: Nooit (1), Soms (2), Vaak (3) en Altijd (4). De schaalscore is tot stand gekomen door de somscore van de items (max. score= 20) te delen door het aantal items. De betrouwbaarheid van de schaal was op beide meetmomenten ruim voldoende (Cronbach’s $\alpha_{T1}=.706$, Cronbach’s $\alpha_{T2}=.725$). De verdeling van scores was op beide meetmomenten rechtsscheef, waardoor de schaal getransformeerd moest worden door middel van de wortel, waardoor de verdeling bij benadering normaal is (Skewness $_{T1}=.738$, Kurtosis $_{T1}=.662$, Skewness $_{T2}=.716$, Kurtosis $_{T2}=.084$).

Sociale acceptatie is gemeten met behulp van de schaal sociale acceptatie van de Competentie Belevingsschaal voor Adolescenten (CBSA; Treffers et al., 2004), een zelfrapportage-vragenlijst voor 12- tot 18-jarige adolescenten die een indruk geeft van zowel de competenties, als het globale gevoel van eigenwaarde van adolescenten. De schaal “sociale acceptatie” bestond uit 5 items. Per item werden twee stellingen gegeven, bijvoorbeeld: Stelling 1: *Sommige kinderen vinden het moeilijk om vrienden te maken.* Stelling 2: *Andere kinderen*

vinden het best gemakkelijk om vrienden te maken. Wanneer stelling 1 meer toepasselijk werd gevonden kon de participant links kiezen uit 1. “Helemaal waar voor mij” of 2. “Een beetje waar voor mij”. Wanneer stelling 2 meer toepasselijk werd gevonden kon de participant rechts kiezen uit 3. “Een beetje waar voor mij” of 4. “Helemaal waar voor mij”. Antwoorden op item 1 en item 3 zijn omgecodeerd in het databestand. De schaalscore is tot stand gekomen door de somscore van de items te delen door het aantal items. De uiteindelijke schaalscore is een score tussen 1 en 4. De betrouwbaarheid van de schaal was op beide meetmomenten voldoende (Cronbach’s $\alpha_{T1}=.634$, Cronbach’s $\alpha_{T2}=.686$) en de schaal was normaal verdeeld.

Om te controleren voor sekse is de dummy variabele *sekse* (1=jongen, 0=meisje) gemaakt. De scores van alle onafhankelijke variabelen zijn gecentreerd rondom het gemiddelde voor het uitvoeren van de analyses. Beschrijvende statistieken van de ongetransformeerde variabelen zijn te vinden in Tabel 1.

Tabel 1.

Beschrijvende statistieken voor alle ongetransformeerde variabelen die gebruikt zijn in de analyses.

Variabele	N	Mean	SD	Range
Sociale isolatie _{T1}	782	0.041	0.077	0.000-0.767
Sociale isolatie _{T2}	782	0.037	0.072	0.000-0.610
Sociale terugtrekking _{T1}	782	0.041	0.072	0.000-0.590
Sociale terugtrekking _{T2}	782	0.041	0.077	0.000-0.753
Depressieve symptomen _{T1}	782	1.642	0.492	1.000-4.000
Depressieve symptomen _{T2}	782	1.565	0.499	1.000-3.800
Sociale acceptatie _{T1}	782	2.859	0.527	1.000-4.000
Sociale acceptatie _{T2}	782	2.873	0.540	1.000-4.000
Sekse	782	0.45		0.000-1.000

Analysestrategie.

Om de richting van de verbanden te testen zijn de onafhankelijke variabele en controlevariabelen in elk model afkomstig uit meetmoment 1 en de afhankelijke variabele afkomstig uit meetmoment 2. Daarnaast werd er in elk model gecontroleerd voor de score op meetmoment 1 van de afhankelijke variabele. Wanneer er bijvoorbeeld werd gekeken of sociale isolatie_{T1} leidt tot meer depressieve symptomen_{T2}, dan werd depressieve symptomen_{T1} opgenomen in de regressie als controlevariabele. Door dit te doen kon er worden uitgesloten dat een gevonden effect van teruggetrokken gedrag op depressieve symptomen veroorzaakt werd door onderlinge samenhang van deze variabelen op meetmoment 1. Tot slot werd sekse bij elke hypothese meegenomen als controlevariabele

Om te testen of sociale isolatie (hypothese 1a), sociale terugtrekking (hypothese 2a) en sociale acceptatie (hypothese 3a) voorspellers zijn voor depressieve symptomen, zijn meervoudige regressieanalyses uitgevoerd (Tabel 2). Om te testen of er sekseverschillen zijn in bovenstaande verbanden worden de interactievariabele “sekse x sociale isolatie” (hypothese 1b), “sekse x sociale terugtrekking” (hypothese 2b) en “sekse x sociale acceptatie” (hypothese 3b) toegevoegd aan de modellen van hypothese 1a, 2a en 3a (Tabel 2).

Om te testen of sociale isolatie (hypothese 4a) en sociale terugtrekking (hypothese 4b) voorspellers zijn voor een lagere mate van sociale acceptatie zijn meervoudige regressieanalyses uitgevoerd (zie Tabel 3). Om te testen of sociale acceptatie een voorspeller is voor sociale isolatie (hypothese 5a) en sociale terugtrekking (hypothese 5b) worden eveneens meervoudige regressieanalyses uitgevoerd (zie Tabel 4 en 5).

Om te testen of het verband tussen sociale isolatie en depressie (hypothese 6a) en het verband tussen sociale terugtrekking en depressie (hypothese 6b) deels verklaard kan worden door sociale acceptatie, werd eerst naar de resultaten van eerdere modellen gekeken. Om hypothese 6a te beantwoorden is er gekeken naar de resultaten van hypothese 1a (*sociale*

isolatie leidt tot meer depressieve symptomen); 4a (*sociale isolatie leidt tot minder sociale acceptatie*) en 3a (*minder sociale acceptatie leidt tot meer depressieve symptomen*). Om hypothese 6b te beantwoorden is er gekeken naar de resultaten van hypothese 2a (*sociale terugtrekking leidt tot meer depressieve symptomen*); hypothese 4b (*sociale terugtrekking leidt tot minder sociale acceptatie*) en hypothese 3a (*sociale acceptatie leidt tot meer depressieve symptomen*). Als deze directe effecten werden gevonden, werd er een meervoudige regressieanalyse uitgevoerd waarin in zowel sociale isolatie (hypothese 6a) als sociale acceptatie werden opgenomen als onafhankelijke variabele. Bij hypothese 6b waren de onafhankelijke variabelen sociale terugtrekking en sociale acceptatie. Als in deze modellen vervolgens het directe effect van sociale isolatie/sociale terugtrekking (deels) verdwijnt, kan worden geconcludeerd dat er (deels) sprake is van een mediatie-effect.

Resultaten

Voorspellers voor depressieve symptomen

In Tabel 2 zijn de volledige resultaten van modellen 1, 2 en 3 weergegeven. Model 1a verklaart 28.8% van de variantie in depressieve symptomen ($F(3,778)=104.826, p<.001$). De resultaten laten zien dat sociale isolatie niet leidt tot significant meer depressieve symptomen. Een hogere score op depressieve symptomen_{T1} hangt significant samen met een hogere score op depressieve symptomen_{T2} ($b=0.473, p<.001$). Dit effect is in modellen 2 en 3 ook gevonden. Daarnaast laten jongens significant minder depressieve symptomen zien dan meisjes ($b=-0.081, p<.001$). Ook dit is in volgende modellen te zien. Toevoegen van de interactievariabele “ $\text{sekses} \times \text{sociale isolatie}$ ” zorgt er niet voor dat model 1b meer van de variantie in depressieve symptomen verklaart ($\Delta R^2=0.001, \Delta F^2(1,777)=1.548, p=.214$). Het effect van sociale isolatie op depressieve symptomen verschilt niet significant tussen jongens en meisjes. Overige effecten veranderen niet ten opzichte van model 1a.

Model 2a verklaart 28,7% van de variantie in depressieve symptomen ($F(3,778) = 104,562, p < .001$). De resultaten laten zien dat sociale terugtrekking niet leidt tot significant meer depressieve symptomen. Toevoegen van de interactievariabele “seksesociale terugtrekking” zorgt er niet voor dat model 2b meer van de variantie in depressieve symptomen verklaart ($\Delta R^2 = 0.000, \Delta F^2(1,777) = 0.538, p = .464$). Ook hier verschilt het effect van sociale terugtrekking op depressieve symptomen niet significant tussen jongens en meisjes. Overige effecten veranderen niet ten opzichte van model 2a.

Model 3a verklaart 30.7% van de variantie in depressieve symptomen ($F(3,778) = 114,696, p < .001$). Minder sociale acceptatie leidt tot significant meer depressieve symptomen ($b = -0.056, p < .001$). Toevoegen van de interactievariabele “seksesociale acceptatie” zorgt er niet voor dat model 3b meer van de variantie in depressieve symptomen verklaart ($\Delta R^2 = 0.000, \Delta F^2(1,777) = 0.210, p = .647$). Het effect van sociale acceptatie op depressieve symptomen verschilt niet significant tussen jongens en meisjes. Overige effecten veranderen niet ten opzichte van model 3a.

Tabel 2.

Resultaten van hiërarchische meervoudige regressieanalyses die depressieve symptomen_{T2} voorspellen aan de hand van sociale isolatie_{T1} (1a), sociale terugtrekking_{T1} (2a) en sociale acceptatie_{T1} (3a); en de interacties van “seks_x sociale isolatie” (1b), “seks_x sociale terugtrekking” (2b) en “seks_x sociale acceptatie” (3b); en controleert voor depressieve symptomen_{T1} en sekse.

Onafhankelijke variabele	Depressieve symptomen _{T2}				
	<i>b</i>	(95% CI)	<i>SD</i>	<i>β</i>	<i>p</i>
Model 1a					
Sociale isolatie _{T1}	0.080	[-0.005,0.166]	0.043	0.057	.064
Depressieve symptomen _{T1}	0.473	[0.410,0.535]	0.032	0.457	<.001
Sekse	-0.081	[-0.104,-0.058]	0.012	-0.212	<.001
Model 1b					
Sociale isolatie _{T1}	0.081	[-0.004,0.166]	0.043	0.057	.062
Depressieve symptomen _{T1}	0.473	[0.411,0.536]	0.032	0.457	<.001
Sekse	-0.081	[-0.104,-0.058]	0.012	-0.213	<.001
Seks _x sociale isolatie _{T1}	0.108	[-0.062,0.278]	0.087	0.038	.214
Model 2a					
Sociale terugtrekking _{T1}	0.079	[-0.012,0.170]	0.046	0.053	.090
Depressieve symptomen _{T1}	0.477	[0.415,0.539]	0.032	0.460	<.001
Sekse	-0.075	[-0.098,-0.051]	0.012	-0.196	<.001
Model 2b					
Sociale terugtrekking _{T1}	0.087	[-0.056,0.166]	0.048	0.059	.069
Depressieve symptomen _{T1}	0.476	[0.414,0.539]	0.032	0.460	<.001
Sekse	-0.074	[-0.097,-0.050]	0.012	-0.193	<.001
Seks _x sociale terugtrekking _{T1}	0.072	[-0.121,0.266]	0.099	0.023	.464
Model 3a					
Sociale acceptatie _{T1}	-0.056	[-0.078,-0.034]	0.011	-0.154	<.001
Depressieve symptomen _{T1}	0.436	[0.372,0.500]	0.032	0.421	<.001
Sekse	-0.082	[-0.105,-0.059]	0.012	-0.215	<.001
Model 3b					
Sociale acceptatie _{T1}	-0.056	[-0.078,-0.034]	0.011	-0.155	<.001
Depressieve symptomen _{T1}	0.436	[0.372,0.500]	0.032	0.421	<.001
Sekse	-0.082	[-0.105,-0.059]	0.012	-0.215	<.001
Seks _x sociale acceptatie _{T1}	0.010	[-0.032,0.052]	0.022	0.014	.647

Noot. N=782. 95% CI = 95% betrouwbaarheidsinterval.

Sociaal teruggetrokken gedrag en sociale acceptatie

In Tabel 3 zijn de volledige resultaten van model 4a en 4b weergegeven. Model 4a verklaart 27.9% van de variantie in sociale acceptatie ($F(3,778)=100,162, p<.001$). De resultaten laten zien dat sociale isolatie leidt tot significant minder sociale acceptatie ($b=-0.563, p<.001$). Een hoge score op sociale acceptatie_{T1} hangt significant samen met een hogere score op sociale acceptatie_{T2} ($b=0.468, p<.001$). Dit komt overeen met het resultaat van model 4b. Er is geen sekseverschil te zien in de mate van sociale acceptatie. Ook dit is gevonden in model 4b. Model 4b verklaart 27.7% van de variantie in sociale acceptatie ($F(3,778)=99,451, p<.001$). Uit de resultaten blijkt dat een hogere mate van sociale terugtrekking leidt tot significant minder sociale acceptatie ($b=-0.566, p<.001$).

In Tabel 4 zijn de volledige resultaten van model 5a weergegeven. Model 5a verklaart 42.7% van de variantie in sociale isolatie ($F(3,778)=193,453, p<.001$). Het blijkt dat minder sociale acceptatie leidt tot significant meer sociale isolatie ($b=-0.021, p=.003$). Een hogere mate van sociale isolatie_{T1} hangt significant samen met een hogere mate van sociale isolatie_{T2} ($b=0.594, p<.001$). Er is geen sekseverschil te zien in de mate van sociale acceptatie.

In Tabel 5 zijn de volledige resultaten van model 5b weergegeven. Model 5b verklaart 48.1% van de variantie in sociale terugtrekking ($F(3,778)=240.627, p<.001$). Het blijkt dat minder sociale acceptatie leidt tot significant meer sociale terugtrekking ($b=-0.025, p<.001$). Een hogere mate van sociale terugtrekking_{T1} hangt significant samen met een hogere mate van sociale terugtrekking_{T2} ($b=0.676, p<.001$). De mate van sociale terugtrekking verschilt niet significant tussen jongens en meisjes.

Tabel 3.

Resultaten van de meervoudige regressieanalyse die sociale acceptatie_{T2} voorspelt aan de hand van sociale isolatie_{T1} (4a) en sociale terugtrekking_{T1} (4b) en controleert voor sociale acceptatie_{T1} en sekse.

Onafhankelijke variabele	<i>b</i>	Sociale acceptatie _{T2}			<i>p</i>
		[95% CI]	<i>SD</i>	β	
Model 4a					
Sociale isolatie _{T1}	-0.563	[-0.825,-0.302]	0.133	-0.140	<.001
Sociale acceptatie _{T1}	0.468	[0.401,0.534]	0.034	0.457	<.001
Sekse	0.042	[-0.023,0.107]	0.033	0.039	.206
Model 4b					
Sociale terugtrekking _{T1}	-0.566	[-0.841,-0.291]	0.140	-0.134	<.001
Sociale acceptatie _{T1}	0.480	[0.415,0.545]	0.033	0.469	<.001
Sekse	-0.002	[-0.070,0.065]	0.034	-0.002	.943

Noot. N=782. 95% CI=95% betrouwbaarheidsinterval.

Tabel 4.

Resultaten van de meervoudige regressieanalyse (model 5a) die sociale isolatie_{T2} voorspelt aan de hand van sociale acceptatie_{T1} en controleert voor sociale isolatie_{T1} en sekse.

Onafhankelijke variabele	<i>b</i>	Sociale isolatie _{T2}			<i>p</i>
		(95% CI)	<i>SD</i>	β	
Sociale acceptatie _{T1}	-0.021	[-0.035,-0.007]	0.007	-0.086	.003
Sociale isolatie _{T1}	0.594	[0.538,0.649]	0.028	0.615	<.001
Sekse	0.002	[-0.011,0.016]	0.007	0.009	.736

Noot. N=782. 95% CI=95% betrouwbaarheidsinterval.

Tabel 5.

Resultaten van de meervoudige regressieanalyse (model 5b) die sociale terugtrekking_{T2} voorspelt aan de hand van sociale acceptatie_{T1} en controleert voor sociale terugtrekking_{T1} en sekse.

Onafhankelijke variabele	<i>b</i>	Sociale terugtrekking _{T2}			<i>p</i>
		(95% CI)	<i>SD</i>	β	
Sociale acceptatie _{T1}	-0.025	[-0.038,-0.011]	0.007	-0.098	<.001
Sociale terugtrekking _{T1}	0.676	[0.618,0.733]	0.029	0.649	<.001
Sekse	-0.008	[-0.023,0.006]	0.007	-0.032	.238

Noot. N=782. 95% CI=95% betrouwbaarheidsinterval.

Sociale acceptatie als mediator

In tabel 2 zijn de volledige resultaten van de directe effecten van de mogelijke mediatie-effecten (hypothese 6a en 6b) weergegeven. Sociale isolatie leidt niet tot significant meer depressieve symptomen, maar wel tot minder sociale acceptatie. Een lagere mate van sociale acceptatie leidt tot meer depressieve symptomen. Aangezien de hoofdeffecten van sociale isolatie en sociale terugtrekking op depressieve symptomen niet zijn gevonden, kan er ook geen mediërend effect zijn van sociale acceptatie op deze verbanden.

Discussie

Doel van het onderzoek was het in kaart brengen van verbanden tussen depressieve symptomen, teruggetrokken gedrag en sociale acceptatie door leeftijdsgenoten om preventie en behandeling van depressie bij adolescenten te verbeteren. Hierbij werden drie vragen gesteld. De eerste vraag was: “Kunnen sociaal teruggetrokken gedrag en sociale acceptatie door leeftijdsgenoten depressieve symptomen voorspellen?”. Het bleek dat minder sociale acceptatie leidt tot meer depressieve symptomen een jaar later. Beide vormen van sociaal teruggetrokken gedrag, sociale isolatie en sociale terugtrekking, leiden niet tot meer depressieve symptomen. Er zijn geen sekseverschillen gevonden in deze verbanden. De tweede vraag was: “Is er een bi-directioneel verband tussen sociaal teruggetrokken gedrag en sociale acceptatie door leeftijdsgenoten?”. Het bleek inderdaad dat beide vormen van sociaal teruggetrokken gedrag leiden tot minder sociale acceptatie en dat minder sociale acceptatie leidt tot een toename van zowel sociale isolatie als sociale terugtrekking. De derde vraag was: “Wordt het verband tussen sociaal teruggetrokken gedrag en depressieve symptomen gemedieerd door sociale acceptatie door leeftijdsgenoten?”. Er is geen bewijs gevonden voor dit mediatie-effect, omdat er geen hoofdeffecten zijn gevonden.

De bevinding dat sociaal teruggetrokken gedrag niet leidt tot meer depressieve symptomen, komt niet overeen met eerder onderzoek (o.a. Rubin et al, 1995). Onderzoeken waarin het verband wel is gevonden hebben gebruik gemaakt van rapportages door anderen. Het verband werd niet gevonden, wanneer er gebruik werd gemaakt van zelfrapportages, wat verklaard kan worden doordat rapportages door anderen sterker samenhangen met sociaal functioneren dan zelfrapportages (Bell-Dolan et al., 1993). Mogelijk is dit ook een verklaring voor het niet gevonden verband in huidig onderzoek. Daarnaast is het mogelijk dat een periode van 1 jaar te kort is om een toename in depressieve symptomen door sociaal teruggetrokken gedrag te meten. Het gevonden negatieve verband tussen sociale acceptatie en depressieve symptomen is in lijn met eerdere onderzoeken (o.a. De Los Reyes, & Prinstein, 2004). De verwachte sekseverschillen in de effecten van sociaal teruggetrokken gedrag en sociale acceptatie op depressie zijn niet gevonden, in tegenstelling tot eerdere onderzoeken (o.a. Doey et al., 2014; Prinstein, & Aikins, 2004). Dit zou kunnen worden verklaard door het verschil in meetmethodes. Mogelijk zijn rapportages door anderen meer beïnvloed door bestaande normen voor jongens en meisjes, terwijl dit bij zelfrapportage minder van invloed is.

Het gevonden bi-directionele verband tussen sociale acceptatie en sociaal teruggetrokken gedrag is in lijn met resultaten van eerder onderzoek (Nelson et al., 2005; Rubin, & Asendorpf, 2014). Het verwachte mediatie-effect van sociale acceptatie op het verband tussen teruggetrokken gedrag en depressieve symptomen is niet gevonden. De resultaten laten echter wel zien dat sociaal teruggetrokken gedrag leidt tot minder sociale acceptatie en dat minder sociale acceptatie leidt tot meer depressieve symptomen. Dit suggereert dat teruggetrokken gedrag op langere termijn een indirecte voorspeller kan zijn voor depressieve symptomen, via een lagere mate van sociale acceptatie.

Sterke punten en limitaties Een sterk punt van dit onderzoek is dat beide vormen van sociaal teruggetrokken gedrag apart zijn onderzocht, wat nog weinig gedaan is. Positief voor

de generaliseerbaarheid is dat participanten uit verschillende delen van het land kwamen. Er is echter niet bekend welk opleidingsniveau de participanten genoten, waardoor er voorzichtig omgegaan moet worden met de generaliseerbaarheid van de resultaten. Positief voor de betrouwbaarheid is de grootte van de steekproef. Er is echter gebruik gemaakt van vragenlijsten, waardoor er kans is op sociaal wenselijke antwoorden. Door het online en anoniem invullen wordt er verwacht dat het percentage sociaal wenselijke antwoorden laag zal zijn en dit weinig invloed zal hebben op de betrouwbaarheid van de resultaten. Tot slot was er in de steekproef maar een kleine groep die depressieve symptomen liet zien. Weinig spreiding in de afhankelijke variabele maakt het moeilijker om significante verbanden te vinden.

Suggesties voor vervolgonderzoek Het lijkt dat verschillende meetmethodes andere aspecten van depressieve symptomen meten. Daarnaast blijkt dat rapportages door anderen sterker verband houden met sociaal functioneren dan zelfrapportages. Theorievorming over welke aspecten van depressieve symptomen samenhangen met sociaal functioneren is wenselijk om te verduidelijken met welke methode depressieve symptomen gemeten moeten worden in onderzoek naar de relatie met sociaal functioneren. Daarnaast is het belangrijk om in vervolgonderzoek het opleidingsniveau mee te nemen om de generaliseerbaarheid te verbeteren en er zeker van te zijn dat gevonden verbanden niet deels worden verklaard door verschillen in opleidingsniveau. Tot slot zou vervolgonderzoek meer dan 2 meetmomenten, over een langere periode, kunnen gebruiken. Zo kan mogelijk een indirect effect van sociaal teruggetrokken gedrag, via sociale acceptatie, op depressieve symptomen gevonden worden.

Conclusie Samenvattend bleek dat sociaal teruggetrokken gedrag geen directe risicofactor is voor de ontwikkeling van een depressie; dat er een bi-directioneel verband is tussen sociaal teruggetrokken gedrag en sociale acceptatie door leeftijdsgenoten; en dat sociale acceptatie een goede voorspeller is voor depressieve symptomen. Het verbeteren van sociale vaardigheden lijkt van belang voor de preventie van depressie, omdat beperkte sociale

vaardigheden samenhangen met sociaal teruggetrokken gedrag en met minder sociale acceptatie (Bohlin et al., 2005; Putallaz, & Gottman, 1981) en omdat sociale acceptatie een voorspeller blijkt voor depressieve symptomen.

Literatuur

- Aleva, A. E., Goossens, F. A., Dekker, P. H., & Laceulle, O. M. (2015). The reliability and validity of a modified revised class play examined in dutch elementary-school children. *European Journal of Psychological Assessment*.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Bell-Dolan, D. J., Reaven, N. M., & Peterson, L. (1993). Depression and social functioning: A multidimensional study of the linkages. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22(3),306-315.
- Bohlin, G., Hagekull, B., & Andersson, K. (2005). Behavioral inhibition as a precursor of peer social competence in early school age: The interplay with attachment and nonparental care. *Merrill-Palmer Quarterly*, 51(1),1-19.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4),664.
- Brown, B. B., & Larson, J. (2009). Peer relationships in adolescence. In Lerner, R.M & Steinberg, L. (Red.), *Handbook of adolescent psychology* (pp.74-103). DOI: 10.1002/9780470479193.adlpsy002004
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2016). *Meer dan 1 miljoen Nederlanders had depressie*. Verkregen van: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/04/meer-dan-1-miljoen-nederlanders-had-depressie>

- Coplan, R. J., Rose-Krasnor, L., Weeks, M., Kingsbury, A., Kingsbury, M., & Bullock, A. (2013). Alone is a crowd: Social motivations, social withdrawal, and socioemotional functioning in later childhood. *Developmental Psychology, 49*(5),861.
- De Los Reyes, A. & Prinstein, M. J. (2004). Applying depression-distortion hypotheses to the assessment of peer victimization in adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33*,325–335.
- Doey, L., Coplan, R. J., & Kingsbury, M. (2014). Bashful boys and coy girls: A review of gender differences in childhood shyness. *Sex Roles, 70*(7-8),255-266.
- Gullone, E., Ollendick, T. H., & King, N. J. (2006). The role of attachment representation in the relationship between depressive symptomatology and social withdrawal in middle childhood. *Journal of Child and Family Studies, 15*(3),263-277.
- Hall-Lande, J. A., Eisenberg, M. E., Christenson, S. L., & Neumark-Sztainer, D. (2007). Social isolation, psychological health, and protective factors in adolescence. *Adolescence, 42*(166),265.
- La Greca, A. M., & Harrison, H. M. (2005). Adolescent peer relations, friendships, and romantic relationships: Do they predict social anxiety and depression? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 34*(1),49-61.
- Ladd, G. W. (2006). Peer rejection, aggressive or withdrawn behavior, and psychological maladjustment from ages 5 to 12: An examination of four predictive models. *Child Development, 77*(4),822-846.
- Muris, P., Meesters, C., & Schouten, E. (2002). A brief questionnaire of DSM-IV-defined anxiety and depression symptoms among children. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 9*(6),430-442.
- Nederlands Jeugdinstuut (2012). *Oorzaken van depressie*. Verkregen van: http://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Risicofactoren_Depressie.pdf

- Nelson L. J., Rubin K. H., Fox N. A. 2005. Social and nonsocial behaviors and peer acceptance: a longitudinal model of the development of self-perceptions in children ages 4 to 7 years. *Early Educ. Dev.* 20:185–200
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender differences in depression. *Current directions in psychological science*, 10(5),173-176.
- Oh, W., Rubin, K. H., Bowker, J. C., Booth-LaForce, C., Rose-Krasnor, L., & Laursen, B. (2008). Trajectories of social withdrawal from middle childhood to early adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(4),553-566.
- Olthof, T., Goossens, F. A., Vermande, M. M., Aleva, E. A., & van der Meulen, M. (2011). Bullying as strategic behavior: Relations with desired and acquired dominance in the peer group. *Journal of school psychology*, 49(3),339-359.
- Prinstein, M. J., & Aikins, J. (2004). Cognitive moderators of the longitudinal association between peer rejection and adolescent depressive symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32(2),147-158.
- Prior, M., Smart, D., Sanson, A., & Oberklaid, F. (2000). Does shy-inhibited temperament in childhood lead to anxiety problems in adolescence? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(4),461-468.
- Putallaz, M., & Gottman, J. M. (1981). Social skills and group acceptance. *The Development*
- Rubin, K. H. (1982). Nonsocial play in preschoolers: Necessarily evil? *Child Development*, 651-657.
- Rubin, K. H., & Asendorpf, J. B. (2014). *Social withdrawal, inhibition, and shyness in childhood*. Psychology Press.
- Rubin, K. H., Chen, X., McDougall, P., Bowker, A., & McKinnon, J. (1995). The waterloo longitudinal project: Predicting internalizing and externalizing problems in adolescence. *Development and Psychopathology*, 7(04), 751-764.

- Rubin, K. H., & Coplan, R. J. (2004). Paying attention to and not neglecting social withdrawal and social isolation. *Merrill-Palmer Quarterly*, 50(4), 506-534.
- Rubin, K. H., Coplan, R. J., & Bowker, J. C. (2009). Social withdrawal in childhood. *Annual Review of Psychology*, 60, 141-171. doi:10.1146/annurev.psych.60.110707.163642 [doi]
- Rubin, K. H., & Krasnor, L. R. (1986). Social-cognitive and social behavioral perspectives on problem solving. Paper presented at the *Cognitive Perspectives on Children's Social and Behavioral Development. the Minnesota Symposia on Child Psychology*, , 18 1-68.
- Schwartzman, L. A. S.A.E. & Ledingham, D. S. M. J. E. (2013). Aggressive, withdrawn, and aggressive/withdrawn children in adolescence: Into the next generation. *The Development and Treatment of Childhood Aggression*, 55.
- Segrin, C. (2000). Social skills deficits associated with depression. *Clinical Psychology Review*, 20(3), 379-403.
- Stice, E., Ragan, J., & Randall, P. (2004). Prospective relations between social support and depression: Differential direction of effects for parent and peer support? *Journal of Abnormal Psychology*, 113(1), 155.
- Timbremont, B., & Braet, C. (2005). Depressie bij kinderen en adolescenten. *Kind En Adolescent*, 26(1), 46-56.
- Treffers, P., Goedhart, A., Veerman, J., Van den Bergh, B., Ackaert, L., & De Rycke, L. (2004). Competentie belevingsschaal voor adolescenten. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 7, 468-469.
- de Wit, C. (1998). Depressie bij kinderen en adolescenten. *Hb. kind. &Adoles.-boekblok* (pp. 85-93) Springer