

Perfectionisme en Depressieve Klachten bij Adolescenten: De Rol van Adaptieve en
Maladaptieve Copingstrategieën

M. C. van den Berg (5546052) en L. van Warmerdam (5481759)

Thesis Pedagogische Wetenschappen (200600042)

Universiteit Utrecht

K. W. J. de Jonge-Heesen

28 juni 2017

Abstract

Aim Depression among adolescents is a common problem with negative consequences for the academic, social and emotional functioning of adolescents. According to previous research, perfectionism seems to be related to depressive symptoms. Only a few studies have examined the role of coping strategies in this relationship and particularly the role of adaptive coping strategies. Therefore, the aim of the current study was to examine the relationship between perfectionism and depressive symptoms in adolescence and the role of both adaptive and maladaptive coping strategies in this relationship. **Method** A sample of 285 Dutch adolescents ($M = 13.52$ years, $SD = 0.61$) completed the Frost Multidimensional Perfectionism Scale, the Children's Depression Inventory-2 and the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. **Results** In line of our hypotheses, perfectionism, specifically maladaptive perfectionism, was related to a higher level of depressive symptoms among adolescents. Additionally, adaptive and maladaptive coping strategies moderated the relationship between (maladaptive) perfectionism and depressive symptoms. **Conclusion** These findings suggest that perfectionism contributes to the development of depressive symptoms among adolescents. The way adolescents cope with stress influences this relationship. Adolescents experience more depressive symptoms when using maladaptive coping strategies and less depressive symptoms when using adaptive coping strategies. It may be beneficial for interventions to focus on eliminating maladaptive perfectionism and enhancing adaptive coping strategies to reduce depressive symptoms.

Keywords: adolescents, perfectionism, depressive symptoms, coping strategies

Perfectionisme en Depressieve Klachten bij Adolescenten: De Rol van Adaptieve en Maladaptieve Copingstrategieën

Depressie onder adolescenten is wereldwijd een veelvoorkomend probleem (Thapar, Collishaw, Pine, & Thapar, 2012). Onder Nederlandse adolescenten van 12 tot en met 19 jaar oud varieert de prevalentie van depressieve klachten van 0.7% tot 6.5% (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2016). Aandacht voor depressieve klachten bij adolescenten is van belang, omdat depressieve klachten een verhoogd risico vormen voor slechte schoolprestaties, sociale problemen, suïcide en alcohol- en drugsgebruik (Jaycox et al., 2009; Katon et al., 2010; Kerkhof, Arensman, Neeleman, & De Wilde, 2004). Dergelijke problemen kunnen negatieve gevolgen hebben voor de maatschappij, zoals ziekteverzuim of hogere zorgkosten (Meijer, Smit, Schoemaker, & Cuijpers, 2006). Aandacht voor depressieve klachten is specifiek bij adolescenten van belang, omdat depressieve klachten in de adolescentie een risico vormen voor een depressie op latere leeftijd (Hankin, 2006; Johnson, Cohen, & Kasen, 2009). Effectieve preventie- en interventieprogramma's om depressieve klachten bij adolescenten te voorkomen en te verminderen zijn daarom noodzakelijk. Onderzoek kan bijdragen aan de effectiviteit van deze programma's door kennis te verkrijgen over factoren die samenhangen met depressieve klachten (Reinecke & Simons, 2005).

Uit eerder onderzoek blijkt dat perfectionisme de kans op depressieve klachten bij adolescenten vergroot (Dunkley, Sanislow, Grilo, & McGlashan, 2009; Hewitt, Caelian, Flett, Sherry, Collins, & Flynn, 2002; Noble, Ashby, & Gnilka, 2014). Perfectionisme wordt gekenmerkt door het stellen van zeer hoge standaarden voor prestaties waarbij het eigen gedrag kritisch wordt geëvalueerd (Frost, Marten, Lahart, & Rosenblate, 1990). Het kan worden gezien als een multidimensionaal construct met zowel een adaptieve als een maladaptieve dimensie (Dunkley, Blankstein, Masheb, & Grilo, 2006). Adaptief perfectionisme omvat de neiging om georganiseerd te zijn en hoge doelen te stellen, waarbij tevredenheid over de eigen prestaties mogelijk is (Cox, Enns, & Clara, 2002; Frost et al., 1990). Maladaptief perfectionisme wordt daarentegen gekenmerkt door het stellen van onhaalbare doelen, onzekerheid over de eigen vaardigheden, negatieve reacties op fouten en het onvermogen om tevreden te zijn over de eigen prestaties. Uit longitudinaal onderzoek blijkt dat maladaptief perfectionisme, in tegenstelling tot adaptief perfectionisme, een voorspeller is van depressieve klachten bij adolescenten (Huggins, Davis, Rooney, & Kane, 2008; Soenens, Luyckx, Vansteenkiste, Luyten, Duriez, & Goossens, 2008).

Een mogelijke verklaring voor het verhoogde risico op depressieve klachten bij perfectionistische adolescenten zijn automatische perfectionistische gedachten (Flett, Coulter, Hewitt, & Nepon, 2011; Flett, Hewitt, Demerjian, Sturman, Sherry, & Cheng, 2012a). Dit zijn gedachten waarin het ervaren beeld van het zelf wordt vergeleken met

het ideaalbeeld van het zelf (Flett, Hewitt, Whelan, & Martin, 2007). Adolescenten die streven naar perfectie en een discrepantie ervaren tussen hun hoge idealen en hun huidige prestaties, hebben veelal gedachten die perfectionistische thema's bevatten (Flett, Hewitt, Blankenstein, & Gray, 1998). Voorbeelden hiervan zijn een negatieve oriëntatie, een hoge mate van zelfkritiek en de neiging om prestaties dichotoom, als succes of als mislukking, te beoordelen (Flett et al., 2007; Flett et al., 2012a; Shafran, Cooper, & Fairburn, 2002). Continue gedachten over het ideaalbeeld van het zelf en de eigen tekortkomingen om dit ideaalbeeld te bereiken, kunnen een bron van stress vormen (Flett, Molnar, Nepon, & Hewitt, 2012b). Deze stress zorgt voor een verhoogd risico op depressieve klachten (Flett et al., 2012a).

De relatie tussen deze stress en depressieve klachten kan worden beïnvloed door de manieren waarop adolescenten omgaan met stress, ook wel copingstrategieën genoemd (Seiffge-Krenke, 2004). Er kunnen twee typen copingstrategieën worden onderscheiden, namelijk adaptieve copingstrategieën en maladaptieve copingstrategieën (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001). Voorbeelden van adaptieve copingstrategieën zijn: accepteren, in perspectief zetten, de positieve kant bekijken, nadenken over vervolgstappen en nadenken over plezierige zaken (Garnefski & Kraaij, 2007). Voorbeelden van maladaptieve copingstrategieën zijn: jezelf of anderen de schuld geven, piekeren en problemen erger maken dan ze zijn. Uit onderzoek blijkt dat adaptieve copingstrategieën de kans op depressieve klachten bij adolescenten verkleinen (Li, DiGiuseppe, & Froh, 2006), terwijl maladaptieve copingstrategieën de kans op depressieve klachten vergroten (Garnefski & Kraaij, 2006; Horwitz, Hill, & King, 2011).

Maladaptieve copingstrategieën lijken een rol te spelen in de relatie tussen perfectionisme en depressieve klachten bij adolescenten (Dunkley, Zuroff, & Blankstein, 2003). Adolescenten met een verhoogde mate van maladaptief perfectionisme lijken voornamelijk geneigd om gebruik te maken van maladaptieve copingstrategieën (Noble et al., 2014). Uit zowel cross-sectioneel als longitudinaal onderzoek blijkt dat adolescenten met een verhoogde mate van maladaptief perfectionisme een grotere kans hebben op een depressie als zij gebruikmaken van maladaptieve copingstrategieën (Wei, Heppner, Russell, & Young, 2006; Zhang & Cai, 2012). Met name de copingstrategieën piekeren en problemen erger maken dan ze zijn, lijken de kans op depressieve klachten bij perfectionistische adolescenten te vergroten (Flett, Madorsky, Hewitt, & Heisel, 2002; Rudolph, Flett, & Hewitt, 2007). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat deze maladaptieve copingstrategieën samenhangen met de automatische perfectionistische gedachten van adolescenten, wat zorgt voor een verhoogde kwetsbaarheid voor depressieve klachten (Flett et al., 2002; Rudolph et al., 2007).

In tegenstelling tot maladaptieve copingstrategieën, is er nog weinig onderzoek gedaan naar de rol van adaptieve copingstrategieën in de relatie tussen perfectionisme

en depressieve klachten bij adolescenten. Wel blijkt dat adolescenten die stress ervaren als gevolg van levensgebeurtenissen minder kans hebben op een depressie als zij gebruikmaken van adaptieve copingstrategieën (Kraaij, Garnefski, De Wilde, Dijkstra, Gebhart, Maes, & Ter Doest, 2003). Dit suggereert dat adaptieve copingstrategieën als beschermende factor kunnen dienen tegen de ontwikkeling van depressieve klachten ten gevolge van stress. Mogelijk geldt dit ook voor stress gerelateerd aan perfectionisme. Dit idee lijkt te worden ondersteund door onderzoek waaruit blijkt dat de kans op internaliserende problemen als gevolg van stress over prestaties afneemt als adolescenten gebruikmaken van adaptieve copingstrategieën (Steinhausen & Metzke, 2001). Tevens blijkt het gebruik van adaptieve copingstrategieën samen te hangen met een toename van positieve gevoelens bij perfectionistische adolescenten, wat is gerelateerd aan minder stress en depressieve klachten (Dunkley et al., 2003). Aangezien onderzoek naar de rol van adaptieve copingstrategieën in de directe relatie tussen perfectionisme en depressieve klachten ontbreekt, zal het huidige onderzoek zich hierop richten om mogelijk bij te dragen aan effectieve preventie- en interventieprogramma's.

In het huidige onderzoek zal worden gekeken naar de relatie tussen perfectionisme en depressieve klachten bij adolescenten en de modererende rol van adaptieve en maladaptieve copingstrategieën in deze relatie. Naast perfectionisme als geheel zal er onderscheid worden gemaakt tussen adaptief en maladaptief perfectionisme. Op basis van de besproken onderzoeken wordt verwacht dat adolescenten met een verhoogde mate van perfectionisme een verhoogde mate van depressieve klachten rapporteren. Tevens wordt verwacht dat adolescenten met een verhoogde mate van maladaptief perfectionisme, in tegenstelling tot adaptief perfectionisme, een verhoogde mate van depressieve klachten rapporteren. Daarnaast wordt verwacht dat perfectionistische adolescenten een hogere mate van depressieve klachten rapporteren als zij gebruikmaken van maladaptieve copingstrategieën en een lagere mate van depressieve klachten rapporteren als zij gebruikmaken van adaptieve copingstrategieën.

Methode

Participanten

De totale steekproef bestond uit 285 participanten (54.7% jongens). De leeftijd van de participanten varieerde van 12 tot en met 15 jaar ($M = 13.52$, $SD = 0.61$). De participanten zaten ten tijde van de afname in de tweede klas van vijf verschillende middelbare scholen in de provincies Noord-Holland, Overijssel, Utrecht en Zuid-Holland. Het opleidingsniveau van de participanten betrof vmbo-kb (1.8%), vmbo-tl (31.9%), vmbo-tl/havo (8.8%), havo (16.5%), havo/vwo (23.2%), vwo (15.8%) en gymnasium (1.4%). De etniciteit van de participanten was voornamelijk Nederlands (96.5%). Van de participanten woonde 84.9% bij de biologische ouders. De overige participanten woonden

wisselend bij de biologische vader en moeder (6.7%), bij één van de biologische ouders (4.6%), bij één van de biologische ouders met een stiefouder (2.6%) of bij pleeg- of adoptieouders (0.8%).

Procedure

De participanten werden verworven door middel van een gemakssteekproef. Onderzoekers benaderden middelbare scholen via de telefoon of e-mail. Bij instemming van de scholen voor deelname aan het onderzoek, selecteerden de scholen vervolgens zelf de deelnemende klassen. Voorafgaand aan het onderzoek werden er passieve toestemmingsbrieven gestuurd naar de ouders/verzorgers van de leerlingen uit deze klassen. Hiermee hadden ouders/verzorgers de mogelijkheid om deelname van hun kind aan het onderzoek te weigeren. Deze leerlingen werden vervolgens uitgesloten van het onderzoek. Eén ouder/verzorger had bezwaar tegen het uitvoeren van het onderzoek, waarna de betreffende leerling werd uitgesloten van deelname.

Voor de afname werd een klassikale instructie gegeven waarin werd benadrukt dat de participanten op elk moment van de afname de gelegenheid hadden om te stoppen met deelname aan het onderzoek. Tevens werd benadrukt dat hun gegevens enkel werden bekeken door de onderzoekers. Na de instructie vulden de participanten zelfstandig de vragenlijsten in, waarbij ruimte was om vragen te stellen. Tijdens de afname werd door de aanwezige onderzoekers geobserveerd, waarbij werd gekeken of de vragenlijsten oprecht werden ingevuld. Op basis van deze observaties werden de gegevens van drie leerlingen als onvoldoende betrouwbaar geacht. Deze leerlingen werden niet meegenomen in het onderzoek. Na afloop van de afname werden aan de vragenlijsten subjectnummers toegekend om de anonimiteit van de participanten te waarborgen.

Metingen

Perfectionisme. Perfectionisme werd gemeten middels een Nederlandse vertaling van de Frost Multidimensional Perfectionism Scale (Frost MPS; Frost et al., 1990; Soenens, Vansteenkiste, Luyten, Duriez, & Goossens, 2005). De Frost MPS is een zelfrapportage vragenlijst bestaande uit zes dimensies met in totaal 35 items gericht op overtuigingen in het heden en verleden. In de vragenlijst wordt een 5-punts Likertschaal gehanteerd, variërend van 1 (*helemaal niet waar*) tot 5 (*helemaal waar*). Scores per individu werden verkregen door het optellen van de scores per dimensie (minimaal 4 en maximaal 45). Een hoge score duidde op een hoge mate van perfectionisme.

De zes dimensies van de Frost MPS zijn: *Concern over Mistakes* ("Als ik gedeeltelijk faal is dat even slecht als volledig falen"); *Personal Standards* ("Het is belangrijk voor mezelf dat ik heel erg competent ben in alles wat ik doe"); *Parent Expectations* ("In mijn gezin is alleen een buitengewone prestatie goed genoeg"); *Parental Criticism* ("Als kind werd ik gestraft als ik iets niet perfect deed"); *Doubting of*

Actions ("Het vergt me veel tijd om iets 'juist' te doen") en *Organization* ("Organisatie is erg belangrijk voor mij"). Uit onderzoek blijkt dat *Concern over Mistakes*, *Parental Criticism* en *Doubting of Actions* indicatoren zijn van maladaptief perfectionisme, terwijl *Personal Standards* en *Organization* indicatoren zijn van adaptief perfectionisme (Frost, Heimberg, Holt, Mattia, & Neubauer, 1993). In dit onderzoek werd deze verdeling gehanteerd voor het meten van adaptief en maladaptief perfectionisme.

Uit de betrouwbaarheidsanalyse van het huidige onderzoek bleek een hoge betrouwbaarheid voor de Nederlandse versie van de Frost MPS met een Cronbach's α van .86. Tevens bleek een hoge betrouwbaarheid voor de verdeling in adaptief perfectionisme en maladaptief perfectionisme met voor beide schalen een Cronbach's α van .83.

Depressieve Klachten. De mate van depressieve klachten werd gemeten middels een Nederlandse vertaling van de Children's Depression Inventory-2 (CDI-2; Bodden, Braet, & Stikkelbroek, 2016; Kovacs, 2004), een herziende versie van de Children's Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1992). De CDI-2 is een zelfrapportage vragenlijst voor kinderen en jongeren van 7 tot 17 jaar. De vragenlijst bestaat uit 28 items gericht op de ervaren affectieve, gedragsmatige en cognitieve klachten van depressie in de afgelopen twee weken. Elk item bestaat uit drie opties: 0 ("Ik ben soms verdrietig"), 1 ("Ik ben vaak verdrietig") en 2 ("Ik ben altijd verdrietig"). De totaalscore (minimaal 0 en maximaal 56) reflecteerde de zelfgerapporteerde mate van depressieve klachten, waarbij een hoge score duidde op een hoge mate van depressieve klachten.

Uit de betrouwbaarheidsanalyse van het huidige onderzoek bleek een hoge betrouwbaarheid voor de Nederlandse versie van de CDI-2 met een Cronbach's α van .79.

Adaptieve en Maladaptieve Copingstrategieën. Adaptieve en maladaptieve copingstrategieën werden gemeten middels een Nederlandse vertaling van de Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ; Garnefski et al., 2001). De CERQ is een zelfrapportage vragenlijst bestaande uit negen subschalen met in totaal 36 items over wat de respondent denkt na het ervaren van een bedreigende of stressvolle levensgebeurtenis. In de vragenlijst wordt een 5-punts Likertschaal gehanteerd, variërend van 1 ((*bijna*) nooit) tot 5 ((*bijna*) altijd). Individuele scores werden verkregen door het optellen van de scores per subschaal (minimaal 4 en maximaal 20). Een hoge score duidde op het in hoge mate hanteren van een copingstrategie.

De negen subschalen zijn: *Self-blame* ("Ik denk bij mezelf dat het allemaal mijn eigen schuld is"); *Other-blame* ("Ik denk dat de uiteindelijke oorzaak bij anderen ligt"); *Rumination* ("Ik sta stil bij de gevoelens die de situatie bij me oproepen"); *Catastrophizing* ("Ik denk er telkens aan hoe vreselijk de situatie is geweest"); *Positive Refocusing* ("Ik denk aan leuke dingen die ik heb meegemaakt"); *Positive Reappraisal* ("Ik denk dat ik iets van de situatie kan leren"); *Putting into Perspective* ("Ik bedenk me

dat het allemaal nog veel erger had gekund"); *Acceptance* ("Ik bedenk me dat ik er mee moet leven") en *Planning* ("Ik denk erover na wat ik het beste kan doen"). Uit onderzoek blijkt dat *Acceptance*, *Refocus on Planning*, *Positive Thinking*, *Positive Reappraisal* en *Putting into Perspective* indicatoren zijn van adaptieve copingstrategieën, terwijl *Self-blame*, *Other-blame*, *Rumination* en *Catastrophizing* indicatoren zijn van maladaptieve copingstrategieën (Garnefski et al., 2001). In dit onderzoek werd deze verdeling gehanteerd om adaptieve en maladaptieve copingstrategieën te meten.

Uit de betrouwbaarheidsanalyse van het huidige onderzoek bleek een hoge betrouwbaarheid voor de Nederlandse versie van de CERQ met een Cronbach's α van .74. Tevens bleek een hoge betrouwbaarheid voor de verdeling in adaptieve copingstrategieën, met een Cronbach's α van .91, en maladaptieve copingstrategieën, met een Cronbach's α van .85.

Analyse

Eerst werden de beschrijvende statistieken in kaart gebracht middels een *t*-toets voor onafhankelijke steekproeven en een bivariate Pearson correlatieanalyse. Om de relaties tussen de onafhankelijke variabelen (perfectionisme, adaptief perfectionisme en maladaptief perfectionisme) en de afhankelijke variabele (depressieve klachten) te onderzoeken, werd een enkelvoudige regressieanalyse uitgevoerd. Vervolgens werden er twee aanvullende regressieanalyses uitgevoerd om de mogelijke modererende effecten van adaptieve copingstrategieën en maladaptieve copingstrategieën in de relaties tussen (adaptief en maladaptief) perfectionisme en depressieve klachten te onderzoeken. De data werd geanalyseerd met behulp van IBM SPSS Statistics 23.

Resultaten

Beschrijvende Statistieken

In Tabel 1 worden de gemiddelden en standaarddeviaties van de onderzochte variabelen en de *t* waarden voor het verschil tussen jongens en meisjes op de onderzochte variabelen weergegeven. Om te onderzoeken of er een verschil is tussen jongens en meisjes in de scores op perfectionisme als gehele variabele, adaptief perfectionisme, maladaptief perfectionisme, depressieve klachten, adaptieve copingstrategieën en maladaptieve copingstrategieën, is een *t*-toets voor onafhankelijke steekproeven uitgevoerd. Er is tweezijdig getoetst met een betrouwbaarheidsinterval van 95%. In de tabel is te zien dat jongens niet significant verschillen van meisjes op perfectionisme als gehele variabele ($t(254) = -0.13, p = .896$), adaptief perfectionisme ($t(264) = -0.84, p = .403$), maladaptief perfectionisme ($t(267) = -0.09, p = .925$), depressieve klachten ($t(252) = -1.64, p = .102$), adaptieve copingstrategieën ($t(258) = -0.44, p = .664$) en maladaptieve copingstrategieën ($t(268) = -0.72, p = .473$). Aangezien er op de variabelen geen significante sekseverschillen blijken, zal er in de regressieanalyses geen onderscheid worden gemaakt tussen jongens en meisjes.

Tabel 1

Gemiddelden, Standaarddeviaties en T-waarden voor Perfectionisme, Depressieve Klachten, Adaptieve Copingstrategieën en Maladaptieve Copingstrategieën

	Jongens (<i>n</i> =156)		Meisjes (<i>n</i> =123)		T-toets
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>
Perfectionisme	66.09	13.46	66.32	14.14	-0.13
Adaptief perfectionisme	32.91	8.15	33.75	8.15	-0.84
Maladaptief perfectionisme	25.58	7.02	25.67	7.58	-0.09
Depressieve klachten	5.96	4.31	6.92	5.04	-1.64
Adaptieve copingstrategieën	55.91	14.63	56.71	14.94	-0.44
Maladaptieve copingstrategieën	27.53	10.31	28.52	12.18	-0.72

In Tabel 2 worden de correlaties tussen perfectionisme als gehele variabele, adaptief perfectionisme, maladaptief perfectionisme, depressieve klachten, adaptieve copingstrategieën en maladaptieve copingstrategieën weergegeven. Om de onderlinge samenhang tussen de variabelen te onderzoeken, is een bivariate Pearson correlatieanalyse uitgevoerd. In de tabel is een significante positieve samenhang te zien tussen perfectionisme en depressieve klachten voor jongens ($r(128) = .254, p = .004$) en meisjes ($r(103) = .480, p < .001$). Als onderscheid wordt gemaakt tussen adaptief en maladaptief perfectionisme, is er enkel een significante positieve samenhang tussen maladaptief perfectionisme en depressieve klachten voor jongens ($r(134) = .414, p < .001$) en meisjes ($r(108) = .670, p < .001$). Dit betekent dat voor beide seksen een hoge score op perfectionisme en maladaptief perfectionisme samenhangt met een hoge score op depressieve klachten. Daarnaast is er een significante positieve samenhang tussen perfectionisme en adaptieve copingstrategieën voor jongens ($r(132) = .337, p < .001$) en meisjes ($r(107) = .316, p = .001$) en tussen perfectionisme en maladaptieve copingstrategieën voor jongens ($r(136) = .227, p = .007$) en meisjes ($r(99) = .479, p < .001$). Dit betekent dat voor beide seksen een hoge score op perfectionisme samenhangt met een hoge score op adaptieve en maladaptieve copingstrategieën.

Verder is er sprake van een significante positieve samenhang tussen maladaptieve copingstrategieën en depressieve klachten voor zowel jongens ($r(134) = .198, p < .021$) als meisjes ($r(108) = .334, p < .001$). Dit betekent dat voor beide seksen een hoge score op maladaptieve copingstrategieën samenhangt met een hoge score op depressieve klachten. Enkel voor jongens is er een significante negatieve samenhang tussen adaptieve copingstrategieën en depressieve klachten ($r(127) = -.183, p = .038$).

Dit betekent dat alleen voor jongens een hoge score op adaptieve copingstrategieën samenhangt met een lage score op depressieve klachten.

Tabel 2

Correlaties tussen Perfectionisme, Adaptief Perfectionisme, Maladaptief Perfectionisme, Depressieve Klachten, Adaptieve Copingstrategieën en Maladaptieve Copingstrategieën

	1	2	3	4	5	6
1. Perfectionisme	-	.77***	.80***	.25**	.34***	.23**
2. Adaptief perfectionisme	.79***	-	.29***	-.08	.42***	.13
3. Maladaptief perfectionisme	.80***	.29**	-	.41***	.12	.28**
4. Depressieve klachten	.48***	.12	.67***	-	-.18*	.20*
5. Adaptieve copingstrategieën	.32**	.35***	.12	.06	-	.19*
6. Maladaptieve copingstrategieën	.48***	.14	.36***	.33***	.03***	-

Noot. Correlaties boven de diagonaal zijn voor jongens ($n=156$) en correlaties onder de diagonaal zijn voor meisjes ($n=123$).

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

De Invloed van Perfectionisme op Depressieve Klachten

Om de relaties tussen perfectionisme als gehele variabele, adaptief perfectionisme en maladaptief perfectionisme met depressieve klachten verder te onderzoeken, is een enkelvoudige regressieanalyse uitgevoerd. Voorafgaand aan de analyse zijn vijf participanten uit de dataset verwijderd, omdat zij één of meer vragenlijsten grotendeels niet hebben ingevuld. Tevens zijn voorafgaand aan de analyse de betreffende assumpties gecontroleerd. De assumptie van normaliteit is deels geschonden, gezien de rechts scheve verdeling voor depressieve klachten en maladaptief perfectionisme. Ook de assumpties van lineariteit en homoscedasticiteit zijn deels geschonden, gezien de niet-lineaire relatie en de grote variatie in spreiding van residuen in de relatie tussen adaptief perfectionisme en depressieve klachten en alle relaties met betrekking tot adaptieve copingstrategieën. Ondanks de schending van deze assumpties, zullen de analyses in het kader van dit onderzoek worden uitgevoerd.

In Tabel 3 worden de uitkomsten van de enkelvoudige regressieanalyse weergegeven. Hierin is te zien dat 13.2% ($R^2 = .132$) van de variantie in depressieve klachten wordt verklaard door perfectionisme. Dit model is significant ($F(1, 234) = 35.517$, $p < .001$) met een matig effect ($r = .36$). Adaptief perfectionisme blijkt niet

significant de variantie in depressieve klachten te verklaren ($F(1, 242) = 0.48, p = .826$). Maladaptief perfectionisme verklaart 29.5% ($R^2 = .295$) van de variantie in depressieve klachten. Dit model is significant ($F(1, 245) = 102.433, p < .001$) met een groot effect ($r = .54$).

De Moderatie van Adaptieve Copingstrategieën

Om te onderzoeken of adaptieve copingstrategieën de relatie tussen perfectionisme en depressieve klachten en maladaptief perfectionisme en depressieve klachten modereren, is een aanvullende regressieanalyse uitgevoerd. Aangezien er geen significante relatie blijkt tussen adaptief perfectionisme en depressieve klachten, wordt er in deze relatie niet naar een eventuele moderatie gekeken. Voorafgaand aan de analyse zijn de variabelen gecentreerd om multicollineariteit tegen te gaan.

In Tabel 3 worden de uitkomsten van de analyse weergegeven. Hierin is te zien dat er een significant interactie-effect is van perfectionisme en adaptieve copingstrategieën op depressieve klachten ($F(3, 220) = 20.21, p = .001$) met een groot effect ($r = .47$). Deze interactie verklaart 21.6% ($R^2 = .216$) van de variantie in depressieve klachten. Tevens is er een significant interactie-effect van maladaptief perfectionisme en adaptieve copingstrategieën op depressieve klachten ($F(3, 227) = 40.58, p = .008$) met een groot effect ($r = .59$). Deze interactie verklaart 34.9% ($R^2 = .349$) van de variantie in depressieve klachten. Er is zowel een negatief interactie-effect voor perfectionisme ($B = -0.11$) als maladaptief perfectionisme ($B = -0.09$). Dit betekent dat de sterkte van de relatie tussen (maladaptief) perfectionisme en depressieve klachten afneemt bij een hoge score op adaptieve copingstrategieën.

De Moderatie van Maladaptieve Copingstrategieën

Om te onderzoeken of maladaptieve copingstrategieën de relatie tussen perfectionisme en depressieve klachten en maladaptief perfectionisme en depressieve klachten modereren, is een aanvullende regressieanalyse uitgevoerd. In Tabel 3 worden de uitkomsten van de analyse weergegeven. Hierin is te zien dat er een significant interactie-effect is van maladaptieve copingstrategieën en perfectionisme op depressieve klachten ($F(3, 225) = 21.64, p < .001$) met een groot effect ($r = .50$). Deze interactie verklaart 25% ($R^2 = .25$) van de variantie in depressieve klachten. Tevens is er een significant interactie-effect van maladaptieve copingstrategieën en maladaptief perfectionisme op depressieve klachten ($F(3, 236) = 38.57, p < .001$) met een groot effect ($r = .57$). Deze interactie verklaart 33% ($R^2 = .33$) van de variantie in depressieve klachten. Er is zowel een positief interactie-effect voor perfectionisme ($B = .00$) als maladaptief perfectionisme ($B = .00$). Dit betekent dat de sterkte van de relatie tussen (maladaptief) perfectionisme en depressieve klachten toeneemt bij een hoge score op maladaptieve copingstrategieën.

Tabel 3

Regressieanalyse voor de Relatie tussen Perfectionisme, Adaptief Perfectionisme en Maladaptief Perfectionisme met Depressieve Klachten en de Moderatie van Adaptieve Copingstrategieën en Maladaptieve Copingstrategieën (N = 280)

	Depressieve klachten				
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	R^2	<i>F</i>
Model 1				.13***	35.52***
Perfectionisme	0.15	0.03	.36***		
Model 2				.00	0.48
Adaptief perfectionisme	0.00	0.02	.01		
Model 3				.30***	102.43***
Maladaptief perfectionisme	0.21	0.02	.54***		
Model 4				.22***	20.21***
Perfectionisme x adaptieve copingstrategieën	-0.11	0.03	-.20**		
Model 5				.35***	40.58***
Maladaptief perfectionisme x adaptieve copingstrategieën	-0.09	0.03	-.15**		
Model 6				.25***	21.64***
Perfectionisme x maladaptieve copingstrategieën	0.00	0.00	.22**		
Model 7				.33***	38.57***
Maladaptief perfectionisme x maladaptieve copingstrategieën	0.00	0.00	0.17**		

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Discussie

In dit onderzoek is gekeken naar de relatie tussen perfectionisme en depressieve klachten bij adolescenten en de modererende rol van adaptieve en maladaptieve copingstrategieën in deze relatie. Hieruit is gebleken dat perfectionistische adolescenten een verhoogde mate van depressieve klachten ervaren. Als onderscheid wordt gemaakt tussen adaptief en maladaptief perfectionisme, blijkt dat enkel adolescenten met maladaptief perfectionisme een verhoogde mate van depressieve klachten ervaren. Daarnaast blijken perfectionistische adolescenten meer depressieve klachten te ervaren als zij gebruikmaken van maladaptieve copingstrategieën en minder depressieve klachten te ervaren als zij gebruikmaken van adaptieve copingstrategieën. Deze bevindingen ondersteunen alle opgestelde hypothesen.

De bevinding dat perfectionistische adolescenten een verhoogde mate van depressieve klachten ervaren, komt overeen met eerder onderzoek waaruit blijkt dat perfectionistische adolescenten een verhoogd risico lopen op depressieve klachten (Dunkley et al., 2009; Hewitt et al., 2002; Noble et al., 2014). In reeds bestaande onderzoeken wordt vaak naar perfectionisme als geheel gekeken, maar in het huidige onderzoek is er ook gekeken naar de invloed van adaptief perfectionisme en maladaptief perfectionisme apart. De bevinding dat enkel maladaptief perfectionisme samenhangt met een verhoogde mate van depressieve klachten bij adolescenten, suggereert dat specifiek de maladaptieve dimensie van perfectionisme een risico vormt voor de ontwikkeling van depressieve klachten bij adolescenten. Dit is consistent met eerder onderzoek waaruit blijkt dat maladaptief perfectionisme, in tegenstelling tot adaptief perfectionisme, een voorspeller is van depressieve klachten bij adolescenten (Huggins et al., 2008; Soenens et al., 2008).

Het risico op depressieve klachten bij perfectionistische adolescenten wordt verhoogd als zij gebruikmaken van maladaptieve copingstrategieën. Dit is consistent met eerder onderzoek waaruit blijkt dat adolescenten met een hoge mate van maladaptief perfectionisme meer depressieve klachten ervaren als zij gebruikmaken van maladaptieve copingstrategieën (Wei et al., 2006; Zhang & Cai, 2012). De bevinding dat maladaptieve copingstrategieën de invloed van perfectionisme op depressieve klachten versterken, suggereert dat maladaptieve copingstrategieën de invloed van automatische perfectionistische gedachten versterken. Dit lijkt een ondersteuning voor het idee dat maladaptieve copingstrategieën en automatische perfectionistische gedachten met elkaar samenhangen en dat deze combinatie zorgt voor een verhoogde kwetsbaarheid voor depressieve klachten (Flett et al., 2002; Rudolph et al., 2007).

In tegenstelling tot maladaptieve copingstrategieën, lijken perfectionistische adolescenten een verminderde kans te hebben op depressieve klachten als zij gebruikmaken van adaptieve copingstrategieën. Deze bevinding sluit aan bij onderzoek waaruit blijkt dat adaptieve copingstrategieën de kans op depressieve klachten bij adolescenten verkleinen (Li et al., 2006). Daarnaast ondersteunt de bevinding uit het huidige onderzoek het idee dat adaptieve copingstrategieën als beschermende factor kunnen dienen tegen de negatieve effecten van stress gerelateerd aan perfectionisme. Uit eerder onderzoek blijkt namelijk dat adolescenten met een hoge mate van perfectionisme, stress ervaren als gevolg van automatische perfectionistische gedachten, wat kan zorgen voor depressieve klachten (Flett et al., 2011; Flett et al., 2012a). Het huidige onderzoek suggereert dat de invloed van deze stress afneemt als adolescenten gebruikmaken van adaptieve copingstrategieën.

Het huidige onderzoek biedt hoopvolle implicaties voor de klinische praktijk. Zo kan het huidige onderzoek bijdragen aan de ontwikkeling van effectieve preventie- en

interventieprogramma's om depressieve klachten bij adolescenten te voorkomen en verminderen. Mogelijk kunnen programma's worden ontwikkeld die gericht zijn op het zoveel mogelijk omzetten van maladaptief perfectionisme naar adaptief perfectionisme. Dit kan bijvoorbeeld door het leren verlagen van de eigen standaarden en van de waarde die wordt toegekend aan het behalen van zeer hoge standaarden (Flett & Hewitt, 2014). Uit onderzoek blijkt dat een groepsbehandeling gericht op het omzetten van maladaptief naar adaptief perfectionisme zorgt voor een vermindering van depressieve klachten bij jongvolwassenen (Kutlesa & Arthur, 2008). Over de effectiviteit van dergelijke programma's voor adolescenten is echter nog weinig bekend.

Volgens Flett en Hewitt (2014) is het bevorderen van adaptief perfectionisme niet voldoende en moeten programma's zich ook richten op het aanpakken van cognitieve kwetsbaarheden, zoals automatische perfectionistische gedachten. Een manier om deze kwetsbaarheden aan te pakken is door perfectionistische adolescenten te stimuleren in het gebruikmaken van adaptieve copingstrategieën. Voorbeelden hiervan zijn de positieve kant bekijken in plaats van fouten direct aan tekortkomingen van het zelf toe te schrijven (Toland & Boyle, 2008) en afleiding te zoeken voor piekeren over de behoefte om perfect te zijn (Flett & Hewitt, 2014). Mogelijk zorgt dit voor een afname in automatische perfectionistische gedachten wat vervolgens kan zorgen voor minder depressieve klachten. Uit onderzoek blijkt dat interventies die zich onder andere richten op het bevorderen van adaptieve copingstrategieën, kunnen zorgen voor een vermindering van depressieve klachten bij jongvolwassenen (Arpin-Cribbie, Irvine, Ritvo, Cribbie, Flett, & Hewitt, 2008; Hamdan-Mansour, Puskar, & Bandak, 2009). Vervolgonderzoek moet uitwijzen of dergelijke programma's ook effectief zijn voor adolescenten en specifiek voor adolescenten met een verhoogde mate van perfectionisme.

Bij het interpreteren van de bevindingen van het huidige onderzoek moet echter rekening worden gehouden met enkele limitaties. Ten eerste is er op één meetmoment onderzoek gedaan, waardoor geen causale uitspraken mogelijk zijn. Longitudinaal onderzoek is nodig om uitspraken te kunnen doen over de relaties op de lange termijn. Ten tweede is het onderzoek uitgevoerd met schending van de assumpties van lineariteit en homoscedasticiteit, wat een bedreiging vormt voor de interne validiteit. Als in vervolgonderzoek eenzelfde schending blijkt, kan dit worden opgelost door scores met extreme waarden te verwijderen, alle data te transformeren of gebruik te maken van bootstrapping (Field, 2013). Ten derde heeft het gebruik van vragenlijsten mogelijk een vertekend beeld gegeven doordat participanten sociaal wenselijk hebben geantwoord, wat tevens een bedreiging vormt voor de interne validiteit. In vervolgonderzoek zullen ook andere instrumenten gebruikt moeten worden, zoals een klinisch interview, waarbij meerdere informanten worden betrokken. Op deze manier kan de sociale wenselijkheid

worden verminderd. Tot slot is het onderzoek uitgevoerd bij voornamelijk Nederlandse adolescenten in de vroege adolescentie, waardoor de generaliseerbaarheid van de uitspraken wordt beperkt. Bovendien is er niet gekeken naar sekseverschillen in de onderzochte relaties, terwijl in de correlatieanalyse sekseverschillen lijken in de aanwezigheid en de sterkte van de samenhang tussen bepaalde factoren. In vervolgonderzoek moet daarom de invloed van leeftijd, etniciteit en sekse worden meegenomen.

Desondanks heeft dit onderzoek verschillende sterke punten. Zo blijkt er een hoge interne consistentie op alle afgenomen vragenlijsten, wat ten goede komt aan de interne validiteit. Daarnaast zijn de vragenlijsten afgenomen bij participanten met verschillende schoolniveaus, wat ten goede komt aan de externe validiteit. Bovendien wordt in het huidige onderzoek aandacht besteed aan de verschillende dimensies van perfectionisme. Dit lijkt van belang aangezien adaptief perfectionisme en maladaptief perfectionisme een verschillende relatie hebben met depressieve klachten. Deze bevinding impliceert dat het voor vervolgonderzoek naar de invloed van perfectionisme op depressieve klachten of op andere psychische klachten belangrijk is om onderscheid te maken tussen adaptief en maladaptief perfectionisme. Eveneens is het onderscheid tussen adaptieve en maladaptieve copingstrategieën van belang gebleken, gezien de verschillende invloeden op de relatie tussen perfectionisme en depressieve klachten. Door in vervolgonderzoek eenzelfde onderscheid te maken, kan meer nadruk worden gelegd op het beschermende effect van adaptieve copingstrategieën in tegenstelling tot het negatieve effect van maladaptieve copingstrategieën.

Concluderend vormt het huidige onderzoek een uitbreiding op de bestaande kennis over perfectionisme, depressieve klachten en copingstrategieën bij adolescenten. Het huidige onderzoek voegt hieraan toe dat maladaptieve copingstrategieën de kans op depressieve klachten bij adolescenten met een verhoogde mate van perfectionisme, specifiek maladaptief perfectionisme, vergroot en dat adaptieve copingstrategieën deze kans verkleint. Als uit vervolgonderzoek vergelijkbare bevindingen blijken, lijkt het noodzakelijk om in preventie- en interventieprogramma's te focussen op een vermindering van het gebruik van maladaptieve copingstrategieën en het bevorderen van het gebruik van adaptieve copingstrategieën. Op deze manier kunnen depressieve klachten bij adolescenten worden voorkomen of verminderd.

Referenties

- Aldea, M. A., Rice, K. G., Gormley, B., & Rojas, A. (2010). Telling perfectionists about their perfectionism: Effects of providing feedback on emotional reactivity and psychological symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, *48*, 1194-1203. doi:10.1016/j.brat.2010.09.003
- Arpin-Cribbie, C. A., Irvine, J., Ritvo, P., Cribbie, R. A., Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2008). Perfectionism and psychological distress: A modeling approach to understanding their therapeutic relationship. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, *26*, 151-167. doi:10.1007/s10942-007-0065-2
- Bodden, D. H. M., Braet, C. & Stikkelbroek, Y. A. J. (2016). *Handleiding CDI-2 Screeningsvragenlijst voor depressie bij kinderen en jongeren*. Amsterdam: Hogrefe.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2016, 25 januari). *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>
- Cox, B. J., Enns, M. W., & Clara, I. P. (2002). The multidimensional structure of perfectionism in clinically distressed and college student samples. *Psychological Assessment*, *14*, 365-373. doi:10.1037//1040-3590.14.3.365
- Dunkley, D. M., Blankstein, K. R., Masheb, R., & Grilo, C. M. (2006). Personal standards and evaluative concerns dimensions of "clinical" perfectionism: A reply to Shafran et al. (2002, 2003) and Hewitt et al. (2003). *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 63-84. doi:10.1016/j.brat.2004.12.004
- Dunkley, D. M., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., & McGlashan, T. H. (2009). Self-criticism versus neuroticism in predicting depression and psychosocial impairment for 4 years in a clinical sample. *Comprehensive Psychiatry*, *50*, 335-346. doi:10.1016/j.comppsy.2008.09.004
- Dunkley, D. M., Zuroff, D. C., & Blankstein, K. R. (2003). Self-critical perfectionism and daily affect: Dispositional and situational influences on stress and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*, 234-252. doi:10.1037/0022-3514.84.1.234
- Field, A. (2013). *The beast of bias*. In A. Field (Ed.), *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (pp. 163-213). London: SAGE Publications Ltd.
- Flett, G. L., Coulter, L., Hewitt, P., & Nepon, T. (2011). Perfectionism, rumination, worry, and depressive symptoms in early adolescents. *Canadian Journal of School Psychology*, *26*, 159-176. doi:10.1177/0829573511422039
- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2014). A proposed framework for preventing perfectionism and promoting resilience and mental health among vulnerable children and adolescents. *Psychology in the Schools*, *51*, 899-912. doi:10.1002/pits.21792

- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K. R., & Gray, L. (1998). Psychological distress and the frequency of perfectionistic thinking. *Journal of Personality and Social Psychology, 75*, 1363-1381. doi:10.1037/0022-3514.75.5.1363
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Demerjian, A., Sturman, E. D., Sherry, S. B., & Cheng, W. (2012a). Perfectionistic automatic thoughts and psychological distress in adolescents: An analysis of the Perfectionism Cognitions Inventory. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 30*, 91-104. doi:10.1007/s10942-011-0131-7
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Whelan, T., & Martin, T. R. (2007). The Perfectionism Cognitions Inventory: Psychometric properties and associations with distress and deficits in cognitive self-management. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavior Therapy, 25*, 255-277. doi:10.1007/s10942-007-0055-4
- Flett, G. L., Madorsky, D., Hewitt, P. L., & Heisel, M. J. (2002). Perfectionism cognitions, rumination, and psychological distress. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavior Therapy, 20*, 33-47. doi:10.1023/A:1015128904007
- Flett, G. L., Molnar, D. S., Nepon, T., & Hewitt, P. L. (2012b). A mediational model of perfectionistic automatic thoughts and psychosomatic symptoms: The roles of negative affect and daily hassles. *Personality and Individual Differences, 52*, 565-570. doi:10.1016/j.paid.2011.09.010
- Frost, R. O., Heimberg, R. G., Holt, C. S., Mattia, J. I., & Neubauer, A. L. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences, 14*, 119-126. doi:10.1016/0191-8869(93)90181-2
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research, 14*, 449-468. doi:10.1007/BF01172967
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences, 40*, 1659-1669. doi:10.1016/j.paid.2005.12.009
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). The cognitive emotion regulation questionnaire: Psychometric features and prospective relationships with depression and anxiety in adults. *European Journal of Psychological Assessment, 23*, 141-149. doi:10.1027/1015-5759.23.3.141
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences, 30*, 1311-1327. doi:10.1016/S0191-8869(00)00113-6
- Hamdan-Mansour, A. M., Puskar, K., & Bandak, A. G. (2009). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on depressive symptomatology, stress and coping

- strategies among Jordanian university students. *Issues in Mental Health Nursing, 30*, 188-196. doi:10.1080/01612840802694577
- Hankin, B. L. (2006). Adolescent depression: Description, causes, and interventions. *Epilepsy & Behavior, 8*, 102-114. doi:10.1016/j.yebeh.2005.10.012
- Hewitt, P. L., Caelian, C. F., Flett, G. L., Sherry, S. B., Collins, L., & Flynn, C. A. (2002). Perfectionism in children: Associations with depression, anxiety, and anger. *Personality and Individual Differences, 32*, 1049-1061. doi:10.1016/S0191-8869(01)00109-X
- Horwitz, A. G., Hill, R. M., & King, C. A. (2011). Specific coping behaviors in relation to adolescent depression and suicidal ideation. *Journal of Adolescence, 34*, 1077-1085. doi:10.1016/j.adolescence.2010.10.004
- Huggins, L., Davis, M. C., Rooney, R., & Kane, R. (2008). Socially prescribed and self-oriented perfectionism as predictors of depressive diagnosis in preadolescents. *Australian Journal of Guidance and Counselling, 18*, 182-194. doi:10.1375/ajgc.18.2.182
- Jaycox, L. H., Stein, B. D., Paddock, S., Miles, J. N., Chandra, A., Meredith, L. S., ... Burnam, M. A. (2009). Impact of teen depression on academic, social, and physical functioning. *Pediatrics, 124*, 596-605. doi:10.1542/peds.2008-3348
- Johnson, J. G., Cohen, P., & Kasen, S. (2009). Minor depression during adolescence and mental health outcomes during adulthood. *The British Journal of Psychiatry, 195*, 264-265. doi:10.1192/bjp.bp.108.054239
- Katon, W., Richardson, L., Russo, J., McCarty, C. A., Rockhill, C., McCauley, E., ... Grossman, D. C. (2010). Depressive symptoms in adolescence: The association with multiple health risk behaviors. *General Hospital Psychiatry, 32*, 233-239. doi:10.1016/j.genhosppsy.2010.01.008
- Kerkhof, A., Arensman, E., Neeleman, J., & De Wilde, E. J. (2004). Suïcide en suïcidepreventie in Nederland. *Psychopraxis, 6*, 128-133. doi:10.1007/BF03072159
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory: Manual*. New York: Multi-Health Systems.
- Kovacs, M. (2004). *Children's depression inventory (CDI)*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Kraaij, V., Garnefski, N., De Wilde, E. J., Dijkstra, A., Gebhart, W., Maes, S., & Ter Doest, L. (2003). Negative life events and depressive symptoms in late adolescence: Bonding and cognitive coping as vulnerability factors? *Journal of Youth and Adolescence, 32*, 185-193. doi:10.1023/A:1022543419747

- Kutlesa, N., & Arthur, N. (2008). Overcoming negative aspects of perfectionism through group treatment. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, *26*, 134-150. doi:10.1007/s10942-007-0064-3
- Li, C. E., DiGiuseppe, R., & Froh, J. (2006). The roles of sex, gender, and coping in adolescent depression. *Adolescence*, *41*, 409-415. Verkregen van <http://search.proquest.com/openview/e17a542ac266368a93d738b7db8e4a6d/1?pq-origsite=gscholar&cbl=41539>
- Meijer, S. A., Smit, F., Schoemaker, C. G., & Cuijpers, P. (2006). Gezond verstand. Evidence-based preventie van psychische stoornissen (Rapport Nr. 270672001). Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Noble, C. L., Ashby, J. S., & Gnilka, P. B. (2014). Multidimensional perfectionism, coping, and depression: Differential prediction of depression symptoms by perfectionism type. *Journal of College Counseling*, *17*, 80-94. doi:10.1002/j.2161-1882.2014.00049.x
- Reinecke, M. A., & Simons, A. (2005). Vulnerability to depression among adolescents: Implications for cognitive-behavioral treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, *12*, 166-176. doi:10.1016/S1077-7229(05)80022-7
- Rudolph, S. G., Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2007). Perfectionism and deficits in cognitive emotion regulation. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, *25*, 343-357. doi:10.1007/s10942-007-0056-3
- Seiffge-Krenke, I. (2004). Adaptive and maladaptive coping styles: Does intervention change anything? *European Journal of Developmental Psychology*, *1*, 367-382. doi:10.1080/17405629.2004.11453396
- Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *40*, 773-791. doi:10.1016/S0005-7967(01)00059-6
- Soenens, B., Luyckx, K., Vansteenkiste, M., Luyten, P., Duriez, B., & Goossens, L. (2008). Maladaptive perfectionism as an intervening variable between psychological control and adolescent depressive symptoms: A three-wave longitudinal study. *Journal of Family Psychology*, *22*, 465-474. doi:10.1037/0893-3200.22.3.465
- Soenens, B., Vansteenkiste, M., Luyten, P., Duriez, B., & Goossens, L. (2005). Maladaptive perfectionistic self-representations: The mediational link between psychological control and adjustment. *Personality and Individual Differences*, *38*, 487-498. doi:10.1016/j.paid.2004.05.008
- Steinhausen, H. C., & Metzke, C. W. (2001). Risk, compensatory, vulnerability, and protective factors influencing mental health in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, *30*, 259-280. doi:10.1023/A:1010471210790

- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *The Lancet*, *379*, 1056-1067. doi:10.1016/S0140-6736(11)60871-4
- Toland, J., & Boyle, C. (2008). Applying cognitive behavioural methods to retrain children's attributions for success and failure in learning. *School Psychology International*, *29*, 286-302. doi:10.1177/0143034308093674
- Wei, M., Heppner, P. P., Russell, D. W., & Young, S. K. (2006). Maladaptive perfectionism and ineffective coping as mediators between attachment and future depression: A prospective analysis. *Journal of Counseling Psychology*, *53*, 67-79. doi:10.1037/0022-0167.53.1.67
- Zhang, B., & Cai, T. (2012). Coping styles and self-esteem as mediators of the perfectionism-depression relationship among Chinese undergraduates. *Social Behavior and Personality*, *40*, 157-168. doi:10.2224/sbp.2012.40.1.157