



Universiteit Utrecht

*'Hechting bij adolescenten in een klinisch depressieve groep en in een niet-klinische groep:
de mediërende rol van ouder-kind conflicten'.*

Master thesis

Utrecht University

Master programma Clinical Child, Family and Education Studies

Charlotte Lamers 5845580

Inleverdatum: 23 oktober 2017

Supervisor: Dr. D.H.M. Bodden

Tweede beoordelaar: W.H. van den Heuvel, MSc

Voorwoord

Deze thesis is geschreven in opdracht van de Universiteit Utrecht ter afronding van het masterprogramma Clinical Child, Family and Education Studies. Het huidige onderzoek is mede tot stand gekomen met de hulp van Denise Bodden en Marieke van den Heuvel. Dankzij hun flexibiliteit in het meedenken over het schrijven van deze masterscriptie in de zomer en daarnaast hun inhoudelijke begeleiding gedurende het schrijfproces, is de masterscriptie geworden wat het nu is. Enorm bedankt hiervoor. Met trots presenteer ik u als lezer deze thesis, wat tevens het eind van het studeren aan de Universiteit Utrecht voor mij betekent.

Abstract

According to recent studies it appears that an unsafe attachment is related to parent-child conflicts. In term, parent-child conflicts are a risk factor to develop a depression. However, it is unknown whether parent-child conflicts mediate the relationship between attachment and depression. It is expected that there is a negative relationship between depression symptoms and attachment, between parent-child conflicts and attachment and a positive relationship between depression symptoms and parent-child conflicts. Finally, it is expected that parent-child conflicts have a mediating role between attachment and depression symptoms. Both research groups completed the CDI-2 to measure depression symptoms, the PARA to measure attachment and the NRI to measure parent-child conflicts. The hypotheses are investigated in two research groups: one group with clinical adolescents (mean age 16.51, $SD = 2.13$) and one group with non-clinical adolescents (mean age 16.58, $SD = 2.96$). Data were already collected. One-way ANCOVA, correlation and regression analysis were done to test the hypotheses. Results show that the clinically depressive adolescents have significantly more depression symptoms, a more unsafe attachment and more parent-child conflicts, compared to the non-clinical adolescents. Furthermore, in both research groups depression symptoms were negatively related to a secure attachment, parent-child conflicts were negatively related to a secure attachment and depression symptoms were positively related to parent-child conflicts. Finally, parent-child conflicts partially mediate the relationship between depression symptoms and attachment in non-clinical adolescents, but this mediating effect was not found in clinically depressive adolescents. Preventive and clinical implications are given.

Samenvatting

Uit de literatuur blijkt dat een onveilige hechting samenhangt met ouder-kind conflicten en dat ouder-kind conflicten een risicofactor zijn voor het ontwikkelen van een depressie. Echter is nog niet bekend of ouder-kind conflicten een mediërende rol speelt tussen hechting en depressie. Er wordt een negatief verband verwacht tussen depressiesymptomen en een veilige hechting, tussen ouder-kind conflicten en een veilige hechting en een positief verband tussen depressiesymptomen en ouder-kind conflicten. Tevens wordt een mediërende rol van ouder-kind conflicten tussen hechting en depressiesymptomen verwacht. Beide onderzoeksgroepen hebben de CDI-2 ingevuld om depressiesymptomen te meten, de PARA om hechting te meten en de NRI om ouder-kind conflicten te meten. De hypothesen zijn onderzocht bij twee onderzoeksgroepen: adolescenten in een klinisch depressieve groep (gemiddelde leeftijd 16.41, $SD = 2.13$) en adolescenten in een niet-klinische groep (gemiddelde leeftijd 16.58, $SD = 2.96$). De data hiervoor was al verzameld. Middels een een-weg ANCOVA, correlatieanalyses en regressieanalyses zijn de hypothesen onderzocht. Resultaten lieten zien dat de klinisch depressieve groep significant meer depressiesymptomen, een onveiligere hechting en meer ouder-kind conflicten ervaren, dan de niet-klinische groep. Daarnaast zijn in beide onderzoeksgroepen depressiesymptomen negatief gerelateerd aan een veilige hechting, ouder-kind conflicten negatief gerelateerd aan een veilige hechting en depressiesymptomen positief gerelateerd aan ouder-kind conflicten. Tot slot blijkt dat ouder-kind conflicten de relatie tussen depressiesymptomen en hechting gedeeltelijk medieert bij de niet-klinische groep, maar deze mediërende rol is niet gevonden bij klinisch depressieve adolescenten. Preventieve en klinische implicaties zijn geadviseerd.

Hechting bij adolescenten in een klinisch depressieve groep en in een niet-klinische groep: de mediërende rol van ouder-kind conflicten

“*Moederliefde tijdens de kindertijd is zo belangrijk voor de mentale gesteldheid als vitamines en proteïnes zijn voor de lichamelijke gesteldheid*” (Bowlby, 1973, zoals geciteerd in Schuengel, 2005). Voorafgaand beroemd retorisch citaat van Bowlby geeft weer hoe groot het belang is van een goede en warme hechting tussen moeder en kind. Het toepassingsgebied van de gehechtheidstheorie is de laatste jaren verbreed van kinderen naar adolescenten en volwassenen, en van alledaagse gezinnen naar klinische groepen en bijzondere opvoedsituaties. Het wordt gezien als een thema dat gedurende de gehele levensloop van een mens relevant blijft en betrekking heeft op allerlei sociale relaties, zoals de ouder-kind relatie (Schuengel, 2005). Een onveilige hechting is daarbij een herhaaldelijk bestudeerd concept dat gerelateerd wordt aan psychopathologie in de adolescentie, waaronder een depressie (Brumariu & Kerns, 2010; Kamkar, Doyle, & Markiewicz, 2012). Een depressieve stoornis wordt gelinkt aan een verhoogd risico op onder andere sociale problemen, delinquentie, middelen misbruik, suïcidepogingen (Portzky & Van Heeringen, 2009; Ryan, 2005) en werkeloosheid (Fergusson & Woodward, 2002). Het is derhalve cruciaal om de onderliggende mechanismen te begrijpen die het risico op het krijgen van depressiesymptomen verhogen, om aansluitend te interveniëren om deze risico's te verkleinen. Uit onderzoek blijkt dat de kwetsbaarheid bij adolescenten om een depressie te ontwikkelen wordt verhoogd door ouder-kind conflicten (Stikkelbroek, 2016). Mogelijk speelt dit mechanisme een mediërende rol en daarom zal in deze studie worden onderzocht of de relatie tussen hechting en depressie bij adolescenten wordt gemedieerd door ouder-kind conflicten.

De theorie van Bowlby (1973) stelt dat hechting de affectieve relatie tussen het kind en de opvoeder is, die ontstaat vanuit een proces van interactie tussen hen beide. Belangrijke hechtingsfiguren voor de adolescent zijn moeder en vader, maar ook leeftijdsgenoten (Laible, 2007; Liu, 2008), waarbij de huidige studie gericht is op ouders. Middels de interactie met de opvoeder ontwikkelen kinderen interne werkmodellen, oftewel mentale representaties (gedachtes over zichzelf en anderen), die zich ontwikkelen vanaf de vroege hechtingsrelatie tot aan de volwassenheid (Kenny & Sirin, 2006). Kinderen met een veilige hechting ontwikkelen eerder interne werkmodellen over zichzelf als “geliefd”, en kinderen met een onveiligere hechting ontwikkelen eerder interne werkmodellen over zichzelf als “waardeloos” en “incompetent” (Margolese, Markiewicz, & Doyle, 2005). Onder normale omstandigheden ontwikkelen kinderen de eerste gehechtheidsrelaties met volwassenen wanneer ze tussen de zes en twaalf maanden oud zijn (Wijnroks et al., 2006). Bowlby is één van de eerste

onderzoekers die nadruk heeft gelegd op de relevantie van vroege hechting in de eerste levensjaren voor de sociale en emotionele ontwikkeling van een kind (Schuengel, 2005) en voor diens zelfbeeld en zelfvertrouwen (Bowlby, 1969). Er worden vier typen gehechtheid onderscheiden; veilig, vermijdend, afwerend en gedesorienteerd (Bretherton, 1992), waarbij de laatste drie typen worden gezien als onveilige gehechtheid. Mishandeling, verwaarlozing, het niet emotioneel beschikbaar zijn van de ouders (Zilberstein, 2006) en ouders die zelf een onveilig model van gehechtheid hebben (Madigan et al., 2006), kunnen mogelijke risicofactoren zijn voor de ontwikkeling van hechtingsproblemen. Cijfers over de prevalentie van hechtingsproblemen bij Nederlandse kinderen zijn er niet (Nederlands Jeugd Instituut [NJI], 2014). Wel toont een meta-analyse van 80 onderzoeken aan dat in reguliere middenklasse gezinnen in Noord-Amerika slechts 62% van de kinderen veilig gehecht is (Van IJzendoorn, Schuengel, & Bakermans-Kranenburg, 1999). Hechtingsproblemen kunnen uiteenlopende negatieve gevolgen hebben op latere leeftijd, zoals ontwikkelingsproblemen en psychopathologie (Van IJzendoorn et al., 1999), waaronder externaliserende gedragsproblemen (Fearon, Bakermans-Kranenburg, Van IJzendoorn, Lapsley, & Roisman, 2010) en internaliserende problemen zoals angstsymptomen (Muris & Meesters, 2002) en depressie (Buist, Dekovic, Meeus, & Van Aken, 2004; Brumariu & Kerns, 2010; Davila, Ramsay, Stroud, & Steinberg, 2005; Hankin, 2005; Irons & Gilbert, 2005; Kamkar et al., 2012; Margolese et al., 2005).

Een onveilige hechting kan dus het risico op het ontstaan van een depressie vergroten. Een depressie is één van de meest voorkomende mentale gezondheidsproblemen in de adolescentie (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, & Angold, 2003). Prevalentiecijfers van een depressie bij adolescenten variëren in diverse onderzoeken en landen van 1,3% tot 18,2% (Costello, Erkanli, & Angold, 2006). Onder Nederlandse jongeren van dertien tot achttien jaar wordt de prevalentie van een depressieve stoornis geschat op 3% (Van Gool, Gommer, & Poos, 2010). Een depressie kenmerkt zich onder andere door een sombere stemming, verminderde interesse of plezier in (bijna) alle activiteiten en recidiverende gedachten aan de dood, welke klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of andere belangrijke terreinen, veroorzaken (American Psychiatric Association [APA], 2013). Kennis over de mogelijke etiologie van een depressie is toegenomen in het laatste decennium, maar het verklaren of voorspellen van een depressie bij individuen blijft moeilijk vanwege de grote hoeveelheid betrokken factoren (Hankin, 2012). Zoals hierboven beschreven zijn hechtingsproblemen ook een risicofactor voor het ontwikkelen van een depressie (o.a. Hankin, 2005; Kamkar et al., 2012). Essentieel is om te weten waarom iemand

depressief wordt, zodat preventie hierop kan worden ingezet. Ook vanwege de vele negatieve uitkomsten (waaronder delinquentie, middelen misbruik, suïcidepogingen en werkeloosheid) is het voorkomen van een depressie relevant (Fergusson & Woodward, 2002; Portzky & Van Heeringen, 2009; Ryan, 2005).

Uit eerdere onderzoeken blijkt het dus evident dat hechtingsproblemen een mogelijke voorspeller is voor depressie, maar onbekend is of dat direct of indirect via andere mechanismen loopt, zoals bijvoorbeeld ouder-kind conflicten. Ouder-kind conflicten zijn onderdeel van de ouder-kind relatie en tevens onderdeel van de hechting tussen ouder en kind. De ouder-kind relatie is een wederzijdse relatie tussen ouder(s) en kind dat gebaseerd is op de mate waarin zij zich beiden geliefd, verzorgd en gehecht voelen (Boutelle, Eisenberg, Gregory, & Neumark-Sztainer, 2009). Relevant hierin is de kwaliteit van de interactie (Duncan, Coatsworth, & Greenberg, 2009): de mate waarin de adolescent zich gesteund voelt door zijn of haar ouders en de mate waarin er negatieve interacties (het hebben van conflicten/ruzies tussen ouder en kind) plaatsvinden. De houding van de ouder ten opzichte van het kind is een kenmerk van de ouder-kind interactie. Een negatieve houding (bijvoorbeeld een lage mate van ondersteuning) van de ouder ten opzichte van het kind is gerelateerd aan internaliserende problemen, zoals een depressie bij het kind (Junger, Mesman, Meeus, 2003). Er zijn aanwijzingen dat een onveilige hechting samenhangt met ouder-kind conflicten (Beijersbergen, Juffer, Bakermans-Kranenburg, & Van IJzendoorn, 2012; Valley & Guerrero, 2012). Daarnaast zijn ouder-kind conflicten een risicofactor voor het ontwikkelen van een depressie (Stikkelbroek, 2016). Mogelijk is er sprake van een tussenstap en geen direct verband. Het mechanisme ouder-kind conflicten zou de relatie tussen hechtingsproblemen en depressie kunnen verklaren.

Samenvattend, hechtingsproblemen en depressie lijken met elkaar samen te hangen, maar over mediërende factoren zoals ouder-kind conflicten bestaan voornamelijk onbeantwoorde vragen; het is onbekend of ouder-kind conflicten een mediërende rol speelt in deze samenhang.

Huidige studie

In deze studie wordt onderzocht of ouder-kind conflicten een mediërende rol spelen in de relatie tussen hechtingsproblemen en depressie. Dit wordt onderzocht in twee onderzoeksgroepen: klinisch depressieve adolescenten (de klinisch depressieve groep) en adolescenten die de algemene Nederlandse bevolking representeren (de niet-klinische groep). Er worden twee groepen gebruikt omdat dan specifiek kan worden gekeken waarop, en hoeveel de adolescenten op de verschillende variabelen verschillen. Het eerste doel is te

onderzoeken of sprake is van verschillen tussen de groepen met betrekking tot hechting, depressiesymptomen en ouder-kind conflicten. De verwachting is dat de klinisch depressieve groep meer depressiesymptomen, een meer onveilige hechting en meer ouder-kind conflicten ervaren dan de niet-klinische groep (Brumariu & Kerns, 2010; Kamkar et al., 2012; Stikkelbroek, 2016). Het tweede doel is voor beide groepen apart de relaties tussen hechting, depressiesymptomen en ouder-kind conflicten te onderzoeken. Op basis van de literatuur wordt voor beide onderzoeksgroepen hetzelfde verwacht: een negatief verband tussen depressiesymptomen en een veilige hechting (Buist et al., 2004; Brumariu & Kerns, 2010; Davila et al., 2005; Hankin, 2005; Irons & Gilbert, 2005; Kamkar et al., 2012; Margolese et al., 2005), een negatief verband tussen ouder-kind conflicten en een veilige hechting (Beijersbergen et al., 2012; Valley & Guerrero, 2012) en een positief verband tussen ouder-kind conflicten en depressiesymptomen (Stikkelbroek, 2016). Wanneer sprake is van deze relaties, wordt in beide onderzoeksgroepen onderzocht of ouder-kind conflicten een mediërende rol spelen in de relatie tussen hechting en depressie. Deze mediërende rol wordt op basis van de literatuur in beide onderzoeksgroepen verwacht (Beijersbergen et al., 2012; Valley & Guerrero, 2012; Stikkelbroek, 2016).

Methode

Participanten

De data van de klinisch depressieve groep is verkregen uit een reeds afgesloten onderzoek naar de effectiviteit van de D(o)epressie cursus (Stikkelbroek, Bodden, Deković, & Van Baar, 2013). De inclusiecriteria voor deelname aan dit onderzoek waren een diagnose ‘depressieve stoornis’ (ongeacht de ernst) of ‘dysthyme stoornis’ en een leeftijd tussen de 12 en 21 jaar. De exclusiecriteria waren: een acuut suïciderisico, drugsmisbruik, een pervasieve ontwikkelingsstoornis, een bipolaire stoornis (voorgaande drie niet als primaire diagnose), een dagbehandeling of toelating tot een klinische setting en het niet vloeiend kunnen spreken van de Nederlandse, Turkse, Arabische of Berberse taal. De onderzoeksgroep bestond uit 102 adolescenten (M leeftijd = 16.48, SD = 2.13). Na het excluseren van de missende waarden (participanten waarvan de informatie op een van de vragenlijsten (CDI, PARA, NRI) in de hele schaal ontbreekt), bestaat de onderzoeksgroep uit 75 adolescenten (M leeftijd = 16.41, SD = 2.13). Van de 75 adolescenten zijn 16% jongen en 84% meisje en heeft 96% de Nederlandse nationaliteit.

De data van de adolescenten uit de niet-klinische groep is tevens verkregen uit een reeds lopend onderzoek waarbij gekeken werd naar de relatie tussen depressiesymptomen en negatieve levensgebeurtenissen bij adolescenten en of deze relatie gemedieerd werd door de

rol van diverse cognitieve emotieregulatie strategieën (Stikkelbroek, Bodden, Kleinjan, Reijnders, & Van Baar, 2016). Deze onderzoeksgroep bestond uit 693 adolescenten (M leeftijd = 16.57, SD = 2.96). Na het excluseren van missende waarden (participanten waarvan de informatie op een van de vragenlijsten (CDI, PARA, NRI) in de hele schaal ontbreekt), bleven 682 adolescenten over die hebben bijgedragen aan de resultaten van dit onderzoek (M leeftijd = 16.58, SD = 2.96). Van de adolescenten zijn 33% jongen en 67% meisje en heeft 90% de Nederlandse nationaliteit.

Meetinstrumenten

Depressiesymptomen. Depressiesymptomen werden gemeten aan de hand van de kind versie van de Child Depression Inventory-2 (CDI-2; Bodden, Braet, & Stikkelbroek, 2016) voor kinderen tussen de zeven en zeventien jaar oud. De CDI-2 is een herziening van de CDI (Kovacs, 1992) en is vertaald naar het Nederlands. De CDI-2 bestaat uit 28 items waarbij gebruik wordt gemaakt van een driepuntsschaal (score “0” = niet depressief, score “1” = mild depressief en score “2” = duidelijk depressief). De respondent selecteert een stelling die het best bij hem past in de afgelopen twee weken. Een voorbeelditem bestaat uit de volgende drie stellingen: “Ik ben soms verdrietig”, “Ik ben vaak verdrietig”, “Ik ben altijd verdrietig”. Totalscores kunnen variëren van 0 tot 56 en een score van 14 of hoger is klinisch relevant. Hoe hoger de totale score, hoe meer depressiesymptomen worden ervaren. Onderzoeken hebben aanwijzingen voor een goede betrouwbaarheid en validiteit van de CDI-2 (Bae, 2012; Bodden et al., 2016). In deze studie is de betrouwbaarheidscoëfficiënt van de CDI-2 in de klinisch depressieve groep .84 en .90 in de niet-klinische groep.

Hechting. Hechting tussen ouder en kind werd gemeten aan de hand van de kind versie van de Psychological Availability and Reliance on Adult (PARA; Schuengel & Zegers, 2003). De vragenlijst betreft twee schalen; Psychological Availability (PA) en Reliance on Adult (RA). De psychologische beschikbaarheid van de ouder en het vertrouwen dat het kind in de ouder heeft, wordt hierbij gemeten (Schuengel & Zegers, 2003). Er zijn zes items die de psychologische beschikbaarheid meten en zeven items die de mate meten waarin het kind het gevoel heeft te kunnen vertrouwen op een volwassene. Deze dertien items kunnen samen gezien worden als veiligheid met betrekking tot hechting. Het betreft een totaal van 26 items: over beide ouders 13 items. De scores worden in de vragenlijst gepresenteerd door stellingen. Er wordt gebruik gemaakt van een vierpuntsschaal en de antwoordmogelijkheden lopen van “mee oneens” tot “mee eens”. Een voorbeelditem is “Jouw vader/moeder leeft met je mee als hij naar je luistert”. Totalscores kunnen variëren van 26 tot 104. Hoe hoger de totaalscore, hoe veiliger de ervaren hechting tussen ouder en kind. De PARA is betrouwbaar en valide

gebleken in validatie studies (Zegers & Schuengel, 2006). De PA-schaal heeft een Cronbach's Alpha van .60 en de RA-schaal een Cronbach's alpha van .84 (Schuengel & Zegers, 2003). In deze studie is de betrouwbaarheidscoëfficiënt in beide onderzoeksgroepen apart .91.

Conflicten. Het aantal conflicten (de mate van conflicten, irritaties en antagonisme) in de ouder-kind relatie, in de perceptie van de adolescent, werd gemeten aan de hand van zes items van de Network of Relationship Inventory (NRI) (Furman & Buhrmester, 1985). Het betreft een totaal van 12 items: over beide ouders 6 items. Er zijn drie items die conflicten meten en drie items die antagonisme meten. Er wordt gebruikt gemaakt van een vijfpuntsschaal ("1" = weinig of niet en "5" = meer kan niet). Een voorbeelditem voor de adolescent is: "Ergeren jij en je ouders je aan elkaar of worden jullie boos op elkaar?". Een voorbeelditem voor de ouder is: "Hoeveel zijn u en uw kind het niet met elkaar eens of ruziën jullie met elkaar?" Totalscores kunnen variëren van 12 tot 60. Hoe hoger de totaalscore, hoe meer ouder-kind conflicten worden ervaren. De factorvaliditeit en de constructvaliditeit van de NRI zijn goed (Furman & Buhrmester, 2009). In deze studie is de betrouwbaarheidscoëfficiënt van de NRI in de klinisch depressieve groep .89 en .93 in de niet-klinische groep.

Procedure

De klinisch depressieve groep is via 14 GGZ-instellingen in Nederland benaderd om deel te nemen. Een ervaren psycholoog van een van de GGZ-instellingen heeft de adolescenten en zijn ouders geïnformeerd over het onderzoek. Na informed consent door beiden, is een interview afgenomen door een getrainde onafhankelijke onderzoeker om de inclusie- en exclusiecriteria na te gaan. Er was sprake van actieve toestemming. De onderzoeksgroep werd daarna at random toegewezen aan Cognitieve Gedragstherapie (CGT) of Treatment as Usual (TAU). De CGT (de D(o)epressie cursus) bestaat uit een 15 wekelijkse sessie van 45 minuten, met twee oudersessies na week 3 en week 9 en een afspraak met de ouder aan het einde van de behandeling. Na een korte telefonische enquête bestond de TAU uit onder andere mindfulness en creatieve therapie. In het huidige onderzoek is de voormeting van dit onderzoek gebruikt.

De niet-klinische groep is op scholen en sportverenigingen in Nederland benaderd door masterstudenten om deel te nemen. De adolescenten is gevraagd mee te doen aan het onderzoek. Er is sprake van informed consent van de adolescent en zijn ouders en van actieve toestemming. Daarna is een zelfrapportagevragenlijst afgenomen.

Statistische analyse

Voorafgaand aan het uitvoeren van de analyses werden extreme scores (onmogelijke waarden) bekeken. Deze zijn eruit gehaald. Ontbrekende waarden van de CDI, PARA en NRI werden geïmputeerd middels de expectation maximization techniek in SPSS. Door middel van een chi-square test is onderzocht of de twee onderzoeksgroepen van elkaar verschilden op sekse en middels een ANOVA is dit onderzocht voor leeftijd. Er werd een significant verschil gevonden met betrekking tot sekse tussen de twee groepen. In de klinisch depressieve groep zaten meer meisjes (84%) dan in de niet-klinische groep (67%) ($p < .01$). Daarom is sekse meegenomen als covariaat. Alle toetsen worden uitgevoerd met een significantieniveau van .05. De hoofdvariabelen die gebruikt worden in de analyses zijn: depressiesymptomen (CDI), hechting (PARA) en ouder-kind conflicten (NRI). Allereerst wordt het verschil in de hoofdvariabelen tussen de klinisch depressieve groep en niet-klinische groep onderzocht middels een een-weg ANCOVA. Voordat de een-weg ANCOVA werd uitgevoerd zijn de assumpties getest. Aan bijna alle assumpties werd voldaan, behalve aan de voorwaarde van normaliteit bij de niet-klinische groep: de CDI heeft een skewness van 1.73 ($SE = 0.09$) en de NRI een skewness van 1.49 ($SE = 0.09$) en zijn rechtsscheef. Aan de voorwaarde van lineairiteit is tevens niet voldaan: er is bij alle drie de vragenlijsten sprake van een rechte lijn, maar niet van een lineair verband (geen toename/afname). Ondanks de geschonden voorwaarden wordt de ANCOVA toch uitgevoerd. Een post-hoc analyse, gebruikmakend van Bonferroni gecorrigeerde groepsvergelijkingen, wordt gebruikt om de significantiegrens aan te passen en zodoende te kijken of de bevindingen nog steeds significant zijn. Vervolgens wordt voor beide groepen apart de relatie tussen de hoofdvariabelen middels correlatieanalyses onderzocht om de sterkte en richting van de relatie te bepalen. In de klinisch depressieve groep is aan alle assumpties voor een Pearson correlatieanalyse voldaan, behalve de voorwaarde voor normaliteit bij de PARA is geschonden: de Shapiro-Wilk is significant ($p = .003$). In de niet-klinische groep is niet aan alle assumpties voor een Pearson correlatieanalyse voldaan, zoals de voorwaarde van normaliteit: de Shapiro-Wilk is bij alle drie de hoofdvariabelen significant ($p < .01$). Aan de assumptie lineairiteit is tevens niet voldaan: er is geen sprake van lineairiteit tussen de variabelen depressiesymptomen en hechting en tussen depressiesymptomen en ouder-kind conflicten. De Pearson correlatieanalyse is daarom niet uitgevoerd. In plaats daarvan is een Spearman correlatieanalyse uitgevoerd, waarbij aan alle assumpties is voldaan. Deze analyse wordt geadviseerd wanneer niet aan de assumpties van de Pearson correlatieanalyse wordt voldaan (Allen & Bennett, 2012). Indien sprake is van significante correlaties, wordt onderzocht of ouder-kind conflicten een significante mediërende invloed heeft op de relatie tussen hechting en depressiesymptomen middels

regressieanalyses. Dit wordt gedaan middels twee stappen: in de eerste stap wordt gekeken of hechting een deel van de depressiesymptomen verklaard en in de tweede stap wordt ouder-kind conflicten toegevoegd aan hechting en wordt gekeken of dit leidt tot een verandering in de Beta. Bij beide groepen is er voldaan aan alle assumpties.

Resultaten

Verschillen tussen de onderzoeksgroepen op de hoofdvariabelen

Uit de ANCOVA bleek dat de covariaat sekse niet significant gerelateerd was aan de hoofdvariabelen. Bonferroni gecorrigeerde groepsvergelijkingen (met $\alpha = .017$) liet zien dat de twee onderzoeksgroepen significant van elkaar verschilden in depressiesymptomen, $F(1, 750) = 370.83, p < .01, \eta^2 = .33$. Bonferroni gecorrigeerde groepsvergelijkingen (bij 95% BI) tussen 15.86 en 19.46 laat een gemiddeld verschil zien van ± 17.63 . De klinisch depressieve groep rapporteerden meer depressiesymptomen ($M = 25.99, SD = 8.45$) dan de niet-klinische groep ($M = 8.16, SD = 7.39$). De effectsize van $\eta^2 = .33$ is zwak tot matig. Bonferroni gecorrigeerde groepsvergelijkingen (met $\alpha = .017$) liet zien dat de twee onderzoeksgroepen significant van elkaar verschilden in hechting, $F(1, 750) = 39.02, p < .01, \eta^2 = .05$. Bonferroni gecorrigeerde groepsvergelijkingen (bij 95% BI) tussen 6.70 en 13.36 laat een gemiddeld verschil zien van ± 10.16 . De klinisch depressieve groep ervoeren een onveiligere hechting ($M = 70.73, SD = 14.58$) dan de niet-klinische groep ($M = 80.81, SD = 13.13$). De effectsize van $\eta^2 = .05$ is zwak. Tot slot liet de Bonferroni gecorrigeerde groepsvergelijkingen (met $\alpha = .017$) zien dat de twee onderzoeksgroepen significant van elkaar verschilden in ouder-kind conflicten, $F(1, 750) = 44.39, p < .01, \eta^2 = .06$. Bonferroni gecorrigeerde groepsvergelijkingen (bij 95% BI) tussen 4.17 en 7.66 laat een gemiddeld verschil zien van ± 5.92 . De klinisch depressieve groep ervoeren meer ouder-kind conflicten ($M = 25.62, SD = 7.82$) dan de niet-klinische groep ($M = 19.81, SD = 7.19$). De effectsize van $\eta^2 = .06$ is zwak.

Correlatieanalyses

Vervolgens werd voor beide onderzoeksgroepen apart correlatieanalyses uitgevoerd.

Klinisch depressieve groep. Uit de Pearson correlatieanalyse (Tabel 1) bleek allereerst dat hoe meer depressiesymptomen adolescenten ervaren, hoe meer de adolescenten een onveilige hechting ervaren $r(75) = -.44, p < .001$. Ten tweede bleek dat hoe meer depressiesymptomen adolescenten ervaren, hoe meer de adolescenten ouder-kind conflicten ervaren $r(75) = .29, p < .05$. Ten derde bleek dat hoe meer ouder-kind conflicten adolescenten ervaren, hoe meer de adolescenten een onveilige hechting ervaren $r(75) = -.50, p < .001$. Alhoewel alle correlaties significant zijn, zijn de sterktes zwak tot matig.

Tabel 1

Pearson correlatieanalyse van de klinisch depressieve groep (n = 75) van de hoofdvariabelen

	Depressiesymptomen	Hechting	Ouder-kind conflicten
Depressiesymptomen		-.44**	.29*
Hechting	-.44**		-.50**
Ouder-kind conflicten	.29*	-.50**	

Noot. Alle correlaties zijn significant bij * $p < .05$ en ** $p < .001$.

Niet-klinische groep. Uit de Spearman correlatieanalyse (Tabel 2) bleek allereerst dat hoe meer depressiesymptomen adolescenten ervaren, hoe meer de adolescenten een onveilige hechting ervaren $r_s = -.32, p < .001, n = 682$. Ten tweede bleek dat hoe meer depressiesymptomen adolescenten ervaren, hoe meer ouder-kind conflicten de adolescenten ervaren $r_s = .40, p < .001, n = 682$. Ten derde bleek dat hoe meer ouder-kind conflicten adolescenten ervaren, hoe meer de adolescenten een onveilige hechting ervaren $r_s = -.47, p < .001, n = 682$. Alhoewel alle correlaties significant zijn, zijn de sterktes zwak tot matig.

Tabel 2

Spearman correlatieanalyse van de niet-klinische groep (n = 682) van de hoofdvariabelen

	Depressiesymptomen	Hechting	Ouder-kind conflicten
Depressiesymptomen		-.32*	.40*
Hechting	-.32*		-.47*
Ouder-kind conflicten	.40*	-.47*	

Noot. Alle correlaties zijn significant bij * $p < .001$.

Regressieanalyses

Doordat sprake is van significante correlaties, werd voor beide onderzoeksgroepen apart de (eventuele) mediatie tussen depressiesymptomen en hechting door ouder-kind conflicten geanalyseerd middels meervoudige regressieanalyses.

Klinisch depressieve groep. Uit de regressieanalyse bleek hechting voor 20% variatie in depressiesymptomen te verklaren, $F(1, 73) = 17.72, p < .001$. Wanneer ouder-kind conflicten werd toegevoegd aan hechting, bleek hechting nog steeds voor 20% variatie in depressiesymptomen te verklaren, $F(2, 72) = 9.04, p < .001$, maar bleek ouder-kind conflicten als voorspeller niet significant ($p = .49$). Ouder-kind conflicten voegt dus niets toe aan het model waardoor geconcludeerd kan worden dat ouder-kind conflicten niet de relatie tussen hechting en depressiesymptomen medieert (Tabel 3).

Tabel 3

Regressieanalyse van de klinisch depressieve groep (n = 75) van depressiesymptomen uit hechting en hechting en ouder-kind conflicten

	B	SE B	β	R ²
Stap 1				
Hechting	-.26	.06	-.44*	.20
Stap 2				
Hechting	-.23	.07	-.40*	.20
Ouder-kind conflicten	.09	.13	.09	

Noot. Onafhankelijke variabele = depressiesymptomen.

* $p < .001$.

Niet-klinische groep. Uit de regressieanalyse bleek hechting voor 8% variatie in depressiesymptomen te verklaren, $F(1, 680) = 57.61, p < .001$. Wanneer ouder-kind conflicten werd toegevoegd aan hechting bleken hechting ($p < .01$) en ouder-kind conflicten ($p < .001$) beide voor 14% variatie in depressiesymptomen te verklaren, $F(2, 679) = 55.63$. Hechting is nog steeds significant, maar met een kleinere β , dus er is sprake van gedeeltelijke mediatie. Aan de hand van de grootte van de regressiecoëfficiënten (β) kan gesteld worden dat de mediatie (ouder-kind conflicten) sterker is dan het hoofdeffect van hechting (Tabel 4).

Tabel 4

Regressieanalyse van de niet-klinische groep (n = 682) van depressiesymptomen uit hechting en hechting en ouder-kind conflicten

	B	SE B	β	R ²
Stap 1				
Hechting	-.16	.02	-.28*	.08
Stap 2				
Hechting	-.08	.02	-.14**	.14
Ouder-kind conflicten	.28	.04	.29*	

Noot. Onafhankelijke variabele = depressiesymptomen.

* $p < .001$ en ** $p < .01$.

Discussie

Het doel van deze studie was te onderzoeken of ouder-kind conflicten een mediërende rol spelen in de relatie tussen depressiesymptomen en hechting in twee onderzoeksgroepen, namelijk in een klinisch depressieve groep en een niet-klinische groep. De resultaten van dit

onderzoek laten zien dat ouder-kind conflicten een mediërende rol hebben in de relatie tussen hechting en depressie, maar enkel voor de niet-klinische groep.

Allereerst werd gevonden dat bij de klinisch depressieve groep meer sprake was van depressiesymptomen, een onveilige hechting en ouder-kind conflicten dan bij de niet-klinische groep. De resultaten zijn in overeenstemming met de verwachtingen en de literatuur. Omdat een van de inclusiecriteria voor deelname aan het onderzoek van de klinisch depressieve groep een diagnose ‘depressieve stoornis’ was, zijn meer depressiesymptomen bij deze groep in vergelijking met de niet-klinische groep een verwacht resultaat. Tevens scoren klinisch depressieve adolescenten (in vergelijking met de niet-klinische groep) gemiddeld in het klinische gebied op de CDI-2: een score van 14 of hoger is klinisch relevant (Bodden et al., 2016) en 65 adolescenten (87%) hadden zo’n klinisch relevante score. Daarnaast zou de uitkomst van een meer onveilige hechting en ouder-kind conflicten bij de klinisch depressieve groep verklaard kunnen worden doordat deze mechanismen mogelijke risicofactoren zijn voor het ontwikkelen van een depressie (Buist et al., 2004; Brumariu & Kerns, 2010; Davila et al., 2005; Hankin, 2005; Irons & Gilbert, 2005; Kamkar et al., 2012; Margolese et al., 2005; Stikkelbroek, 2016).

Vervolgens werd in beide onderzoeksgroepen een negatief verband verwacht tussen depressiesymptomen en een veilige hechting, tussen ouder-kind conflicten en een veilige hechting en een positief verband tussen depressiesymptomen en ouder-kind conflicten. Deze hypothesen werden vooraf opgesteld als voorwaarde voor mediatie. In beide onderzoeksgroepen bleek hoe meer depressiesymptomen adolescenten ervaren, hoe onveiliger de ervaren hechting. Dit is in overeenstemming met de literatuur waarin hetzelfde verband werd gevonden (Margolese et al., 2005). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat het gebrek aan een veilige basis eerder kan leiden tot depressieve gevoelens en symptomen. Ten tweede bleek dat hoe meer de adolescent ouder-kind conflicten ervaart, hoe onveiliger hij/zij de hechting ervaart. Dit is ook in overeenstemming met de literatuur (Beijersbergen et al., 2012; Valley & Guerrero, 2012). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat ouder-kind conflicten kunnen bijdragen aan negatieve interne werkmodellen (zoals zichzelf “waardeloos” vinden), die bijdragen aan een onveilige hechting (Bowlby, 1973; 1980). Ouders die daarnaast een warme en ondersteunende relatie met hun kinderen hebben, geven hen de zekerheid om van te houden (Bowlby, 1973). Ten derde bleek hoe meer depressiesymptomen adolescenten ervaren, hoe meer ouder-kind conflicten zij ervaren. Dit is ook in overeenstemming met de literatuur: stressvolle relationele levensgebeurtenissen, zoals ouder-kind conflicten, verhogen

de kans om een depressie te ontwikkelen (Stikkelbroek, 2016). Tevens hebben depressieve adolescenten meer conflicten met hun ouders (Marmorstein & Iacono, 2004).

Doordat hechting, ouder-kind conflicten en depressiesymptomen met elkaar samenhangen, kon vervolgens gekeken worden naar de mediërende rol van ouder-kind conflicten in de relatie tussen depressiesymptomen en hechting. Bij de niet-klinische groep werd de hypothese bevestigd: er is sprake van mediatie van ouder-kind conflicten bij de relatie tussen depressiesymptomen en hechting. De resultaten van de klinisch depressieve groep zijn niet in overeenstemming met de literatuur, er was dus geen sprake van een mediërend effect (hechting bleek de grootste voorspeller). Echter, ervaren adolescenten uit de klinisch depressieve groep meer ouder-kind conflicten dan de niet-klinische groep. Deze zouden kunnen bijdragen aan meer negatieve interne werkmodellen (Margolese et al., 2005), wat leidt tot een meer ervaren onveilige hechting (Bowlby, 1973; 1980) als belangrijkere voorspeller, vergeleken met de niet-klinische groep. Dit zou de grote voorspeller van een onveilige hechting in de klinisch depressieve groep kunnen verklaren. Het gebrek aan een veilige basis blijkt dus een grotere rol te spelen, dan ouder-kind conflicten. Bovendien ontwikkelen interne negatieve werkmodellen zich eerder bij kinderen met een onveilige hechting, wat gerelateerd is aan depressiesymptomen in de adolescentie (Buist et al., 2004).

Deze studie heeft een aantal beperkingen. Alle vragenlijsten zijn afgenomen aan de hand van zelfrapportage. De eventuele sociaal wenselijke antwoorden kunnen de validiteit negatief beïnvloeden. Bovendien kan het invullen van de vragenlijsten gezien worden als een momentopname, waardoor de antwoorden gekleurd kunnen zijn door gebeurtenissen op die dag. Echter blijkt dat internaliserend probleemgedrag het best waargenomen kan worden door de adolescent zelf te ondervragen middels zelfrapportage, waardoor deze methode in dit onderzoek een verstandige keuze is geweest (Buist et al., 2004). Ten tweede is gebruik gemaakt van een cross-sectioneel design. Voor toekomstig onderzoek zou een longitudinaal onderzoek gebruikt kunnen worden zodat causaliteit kan worden onderzocht. Ten slotte is niet aan alle voorwaarden voldaan om te kunnen toetsen en daarom zouden de toetsen niet gedaan mogen worden.

Ondanks deze beperkingen is dit onderzoek van groot belang. Ouder-kind conflicten werd als mediërende rol onderzocht zodat steeds meer kennis wordt verkregen van de onderliggende mechanismen die het risico op depressiesymptomen verhogen. Tot op heden is nauwelijks tot geen onderzoek gedaan naar deze mediërende rol. Het huidige onderzoek is een eerste stap in de richting om dit hiaat in de literatuur te dichten. Een sterk punt van deze studie is daarnaast de betrouwbaarheid van de meetinstrumenten, waardoor de resultaten van

deze studie ook betrouwbaarder worden. De vondst van een mediërende rol van ouder-kind conflicten bij de niet-klinische groep kan helpen bij de preventie van depressiesymptomen. Een klinische preventieve implicatie zou het aanleren van probleemoplossingsvaardigheden bij kinderen op school kunnen zijn. Doordat deze vaardigheden aangeleerd worden, zouden minder ouder-kind conflicten kunnen ontstaan en daardoor zal het risico op het ontwikkelen van depressiesymptomen worden gereduceerd. Bovendien is een goede relatiekwaliteit tussen ouders en adolescenten cruciaal, omdat deze van invloed is op verschillende ontwikkelingsgebieden van adolescenten, zoals gezondheid, gedrag en sociale interacties (Hair et al., 2005). In de klinisch depressieve groep is de grote voorspeller van hechting relevant voor de klinische praktijk. Een behandelprogramma dat zich specifiek richt op het verbeteren van de kwaliteit van hechting tussen de adolescent en de ouder en het reduceren van depressiesymptomen, is bijvoorbeeld de Attachment-Based Family Therapy (ABFT) (Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, & Isaacs, 2002). Door de hechtingskwaliteit te verbeteren, wordt verondersteld dat adolescenten beter om kunnen gaan met stress waardoor depressie afneemt (Diamond, Siqueland, & Diamond, 2003). Uit effectiviteitsonderzoeken naar ABFT blijken hoge effectgroottes (Diamond et al., 2003).

Conclusie

Geconcludeerd kan worden dat een onveilige hechting samenhangt met depressiesymptomen in beide onderzoeksgroepen, waarbij ouder-kind conflicten een gedeeltelijke mediërende factor is bij de niet-klinische groep, maar niet bij klinisch depressieve groep. Ouder-kind conflicten is een essentieel mechanisme in de niet-klinische groep waarop toekomstige preventie zich dient te richten. Behandeling voor de klinische depressieve adolescenten dient zich te richten op de grote voorspeller van hechting.

Referenties

- Allen, P., & Bennett, K. (2012). *SPSS A practical Guide version 20.0*. Australia: Cengage Learning Australia Pty Limited.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition*. Washington DC: American Psychiatric Association.
doi:10.1176/appi.books.9780890425596.514988
- Bae, Y. (2012). Test Review: Children's Depression Inventory 2 (CDI 2). *Journal of Psychoeducational Assessment*, 30, 304-308. doi:10.1177/0734282911426407
- Beijersbergen, M. D., Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van IJzendoorn, M. H. (2012). Remaining or becoming secure: Parental sensitive support predicts attachment continuity from infancy to adolescence in a longitudinal adoption study. *Developmental Psychology*, 48(5), 1277.
- Bodden, D., Braet, C., & Stikkelbroek, Y. (2016). *CDI-2 Screeningsvragenlijst voor depressie bij kinderen en jongeren*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers B.V.
- Boutelle, K., Eisenberg, M. E., Gregory, M. L., & Neumark-Sztainer, D. (2009). The reciprocal relationship between parent-child connectedness and adolescent emotional functioning over 5 years. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(4), 309-316.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation, anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28(5), 759.
- Brumariu, L. E., & Kerns, K. A. (2010). Parent-child attachment and internalizing symptoms in childhood and adolescence: A review of empirical findings and future directions. *Development and Psychopathology*, 22(1), 177-203.
- Buist, K. L., Dekovic, M., Meeus, W., & Van Aken, M. A. G. (2004). The reciprocal relationship between early adolescent attachment and internalizing and externalizing problem behaviour. *Journal of Adolescence*, 27, 251-266.
doi:10.1016/j.adolescence.2003.11.012
- Costello, E. J., Erkanli, A., & Angold, A. (2006). Is there an epidemic of child or

- adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(12), 1263-1271.
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 837-844.
- Davila, J., Ramsay, M., Stroud, C. B., & Steinberg, S. J. (2005). Attachment as vulnerability to the development of psychopathology. In B. J. Hankin & J. R. Z. Abela (Eds.), *Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective* (pp. 215-242). London: Sage Publications.
- Diamond, G. S., Reis, B. F., Diamond, G. M., Siqueland, L., & Isaacs, L. (2002). Attachment-Based Family Therapy for Depressed Adolescents: A Treatment Development Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(10), 1190-1196.
- Diamond, G., Siqueland, L., & Diamond, G. M. (2003). Attachment-based family therapy for depressed adolescents: Programmatic treatment development. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(2), 107-127.
- Duncan, L. G., Coatsworth, J. D., & Greenberg, M. T. (2009). A model of mindful parenting: Implications for parent-child relationships and prevention research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 12(3), 255-270.
- Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H., Lapsley, A. M., & Roisman, G. I. (2010). The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: a meta-analytic study. *Child Development*, 81(2), 435-456.
- Fergusson, D. M., & Woodward, L. J. (2002). Mental health, educational, and social role outcomes of adolescents with depression. *Archives of General Psychiatry*, 59, 225-231. doi:10.1017/S0033291715002950
- Furman, W., & Buhrmester, D. (1985). Children's perceptions of the personal relationships in their social networks. *Developmental Psychology*, 21, 1016-1024. doi:10.1037/0012-1649.21.6.1016
- Furman, W., & Buhrmester, D. (2009). Methods and measures: The network of relationships inventory: Behavioral systems version. *International Journal of Behavioral Development*, 33(5), 470-478.
- Hair, E. C., Moore, K. A., Garrett, S. B., Kinukawa, A., Lippman, L., & Michelson, E.

- (2005). The parent-adolescent relationship scale. In K.A. Moore & L. Lippman (Eds.), *Conceptualizing and measuring indicators of positive development: What do children need to flourish?* (pp.183-202). New York: Kluwer Academic/plenum Publishers.
- Hankin, B. L. (2005). Childhood maltreatment and psychopathology: Prospective tests of attachment, cognitive vulnerability, and stress as mediating processes. *Cognitive Therapy and Research*, 29(6), 645-671.
- Hankin, B. L. (2012). Future directions in vulnerability to depression among youth: Integrating risk factors and processes across multiple levels of analysis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41(5), 695-718.
- Irons, C., & Gilbert, P. (2005). Evolved mechanisms in adolescent anxiety and depression symptoms: The role of the attachment and social rank systems. *Journal of Adolescence*, 28(3), 325-341.
- Junger, M., Mesman, J., & Meeus, W. (2003). *Psychosociale problemen bij adolescenten. Prevalantie, risicofactoren en preventie*. Assen: Van Gorcum.
- Kamkar, K., Doyle, A. B., & Markiewicz, D. (2012). Insecure attachment to parents and depressive symptoms in early adolescence: Mediating roles of attributions and self-esteem. *International Journal of Psychological Studies*, 4(2), 3.
- Kenny, M. E., & Sirin, S. R. (2006). Parental attachment, self-worth, and depressive symptoms among emerging adults. *Journal of Counseling & Development*, 84(1), 61-71.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory manual*. North Tonawanda: Multi Health Systems.
- Laible, D. J. (2007). Attachment with parents and peers in late adolescence: Links with emotional competence and social behavior. *Personal and Individual Differences*, 43(5), 1185-1197.
- Liu, Y. L. (2008). An examination of three models of the relationships between parental attachments and adolescents' social functioning and depressive symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, 37(8), 941-952.
- Madigan, S., Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H., Moran, G., Pederson, D. R., & Benoit, D. (2006). Unresolved states of mind, anomalous parental behavior, and disorganized attachment: A review and meta-analysis of a transmission gap. *Attachment & Human Development*, 8(2), 89-111.
- Margolese, S. K., Markiewicz, D., & Doyle, A. B. (2005). Attachment to parents, best friend,

- and romantic partner: Predicting different pathways to depression in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(6), 637.
- Marmorstein, N. R., & Iacono, W. G. (2004). Major depression and conduct disorder in youth: associations with parental psychopathology and parent-child conflict. *Journal of Child and Psychology and Psychiatry*, 45, 377-386. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00228.x
- Muris, P., & Meesters, C. (2002). Attachment, behavioral inhibition, and anxiety disorders symptoms in normal adolescents. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24(2), 97-106.
- Nederlands Jeugd Instituut (NJI). (2014). *Hechting en hechtingsproblemen, probleemschets, cijfers*. Verkregen van: <http://www.nji.nl/Hechting-en-hechtingsproblemen-Probleemschets-Cijfers>
- Portzky, G., & Van Heeringen, C. (2009). Suïcide bij jongeren. *Psychologie en gezondheid*, 37(2), 75-89.
- Ryan, N. D. (2005). Treatment of depression in children and adolescents. *The Lancet*, 366(9489), 933-940.
- Schuengel, C. (2005). De gehechtheidstheorie als 'grand theory'?. *Kind & Adolescent*, 26(1), 4-14.
- Schuengel, C., & Zegers, M. A. M. (2003). *Psychological availability and reliance on adult, manual*. Amsterdam/Zetten: Free University Amsterdam/Orthopedagogical center OGH.
- Stikkelbroek, Y. (2016). *Turning depression inside out. Life events, cognitive emotion regulation and treatment in adolescents* (Doctoral dissertation, Utrecht University).
- Stikkelbroek, Y., Bodden, D. H., Deković, M., & Van Baar, A. L. (2013). Effectiveness and cost effectiveness of cognitive behavioral therapy (CBT) in clinically depressed adolescents: individual CBT versus treatment as usual (TAU). *BMC Psychiatry*, 13(1), 314.
- Stikkelbroek, Y., Bodden, D. H., Kleinjan, M., Reijnders, M., & Van Baar, A. L. (2016). Adolescent depression and negative life events, the mediating role of cognitive emotion regulation. *PloS one*, 11. doi:10.1371/journal.pone.0161062
- Valley, A. G., & Guerrero, L. K. (2012). Perceptions of conflict behavior and relational satisfaction in adult parent-child relationships: A dyadic analysis from an attachment perspective. *Communication Research*, 39, 48-78. doi:10.1177/0093650210391655
- Van Gool, C. H., Gommer, A. M., & Poos, M. J. J. C. (2010). *Prevalentie en incidentie naar*

leeftijd en geslacht. Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Depressie, 22 maart 2010. Verkregen van:
www.nationaalkompas.nl

Van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, *11*(2), 225-250.

Wijnroks, L., Janssen, C., Epskamp, S., Kloosterman, D., Mispelblom Beyer, I., Post, T., ... & Storsbergen, H. (2006). *Onveilig gehecht of een hechtingsstoornis. Het onderkennen van hechtingsproblematiek bij mensen met een verstandelijke beperking*. Utrecht: Lemma.

Zegers, M. A. M., & Schuengel, C. (2006). *Assessing working models of attachment relationships in adolescence: Psychological availability and reliance on adults within and outside the family*. Unpublished manuscript, Vrije Universiteit Amsterdam.

Zilberstein, K. (2006). Clarifying core characteristics of attachment disorders: A review of current research and theory. *American Journal of Orthopsychiatry*, *76*(1), 55.