

**De relatie tussen persoonlijkheid en depressie,
speelt hechting een mediërende rol?**

**The relationship between personality and depression,
does attachment play a mediating role?**

Naam: Romy Lugthart

Studentnummer: 5597099

Docent: Denise Bodden

Datum: juni 2018

Vak: Master Thesis

Master: Clinical Child, Family and Education Studies (Orthopedagogiek)

Universiteit van Utrecht

Woorden: 4504

Abstract

Background: Depression is one of the most common mental disorders in adolescents. The present study examined the relationship between personality and depression, and the possible mediating role that attachment plays in this. **Methods:** Personality consists of five characteristics; extraversion, neuroticism, agreeableness, conscientiousness, and openness of new experiences. In the case of attachment, a distinction is made in relation to father and mother. A group of clinical adolescents ($n=73$) was compared with a group adolescents of the general Dutch population (ANB, $n=661$). **Results:** The study showed that the adolescents in the clinical group show significantly more depression symptoms than the ANB-adolescents. It was also found that clinical adolescents had a significantly more insecure attachment relationship with both father and mother than the clinical adolescents. In the ANB-group it was found that the relationship between conscientiousness and depression is mediated by secure attachment, with father and mother. For extroversion, altruism and openness, a shared mediation was found. Along with secure attachment, with father and mother, they explain part of the explained variance in depression. Neuroticism, together with insecure attachment, explains part of the explanatory variance in depression. **Conclusion:** In the ANB group, secure attachment plays a mediating role in the relationship between conscientiousness and depression. With extroversion, neuroticism, altruism and openness, attachment is a partial mediator in the relationship with depression.

Samenvatting

Inleiding: Depressie is een van de meest voorkomende psychische aandoeningen bij adolescenten. In de huidige studie is daarom onderzoek gedaan naar de relatie tussen persoonlijkheid en depressie, en de mogelijke mediërende rol die hechting daarin speelt.

Methode: Persoonlijkheid bestaat uit vijf kenmerken; extraversie, neuroticisme, altruïsme, consciëntieusheid en openheid voor nieuwe ervaring. Bij hechting is onderscheid gemaakt in relatie met vader en moeder. Er werd een groep klinische adolescenten ($n=73$) vergeleken met een groep jongeren uit de Algemene Nederlandse Bevolking ($n=661$).

Resultaten: Uit het onderzoek kwam dat de jongeren in de klinische groep significant meer depressiesymptomen laten zien dan de ANB-jongeren. Daarnaast werd gevonden dat de klinische jongeren een significant onveiligere hechtingsrelatie met zowel moeder als vader hebben dan de ANB-jongeren. In de ANB-groep werd in de relatie van consciëntieusheid met depressie een mediatie effect gevonden van een veilige hechtingsrelatie met zowel vader als met moeder. Voor extraversie, altruïsme en openheid werd in de relatie met depressie een gedeelde mediatie gevonden. Samen met van veilige hechting, met vader en moeder, verklaren zij een deel van de verklarende variantie in depressie. Neuroticisme verklaart samen met onveilige hechting een deel van de verklarende variantie in depressie.

Conclusie: In de ANB-groep speelt veilige hechting een mediërende rol in de relatie tussen consciëntieusheid en depressie. Bij extraversie, neuroticisme, altruïsme en openheid is hechting een gedeeltelijke mediator in de relatie met depressie.

Inleiding

Depressie is een van de meest voorkomende psychische aandoeningen bij adolescenten (Alonso, 2004; Baumeister & Härter, 2007; Paykel, Brugha & Fryers 2005; Wittchen & Jacobi, 2005; Wittchen et al., 2011; Smit, Shields & Petrea, 2016). Van alle 18 tot 24-jarigen heeft 6,7% het afgelopen jaar een depressieve stoornis gehad (De Graaf, Ten Have & Van Dorsselaar, 2010). Een depressie wordt omschreven als een sombere stemming ofwel verlies van interesse of plezier gedurende het merendeel van de dag, voor de duur van tenminste twee weken. Dit kan gepaard gaan met gewichtsverlies of gewichtstoename, insomnie of hypersomnie, psychomotorische agitatie of vertraging, vermoeidheid of verlies van energie, gevoelens van waardeloosheid of schuld, concentratieproblemen of besluiteloosheid en recidiverende gedachten aan de dood (APA, 2013).

Een depressie heeft ernstige gevolgen. Bij 60 tot 70% van de mensen komt de depressie later in hun leven terug en wordt het een terugkerende aandoening met meerdere episodes tijdens hun leven. Dit betekent dat zij zich 20% van hun leven in een depressieve stemming bevinden (Vos et al., 2004). Daarnaast hebben jongeren die een depressie doormaken een grotere kans op het ontwikkelen van psychosociale en academische problemen. Tevens vergroot het de mogelijkheid van comorbiditeit met andere psychische problemen (Smit, et al., 2016) zoals angststoornissen (Waszczuk, Zavos, Gregory & Eley, 2016), aandachttekort-hyperactiviteitstoornissen (ADHD; Biederman et al., 2008; Merikangas, Nakamura & Kessler, 2009; Moreno et al., 2007) en gedragsstoornissen (Stalk, Love & Mueller, 2015). Bovendien leggen de kosten van depressies een zware economische druk op de maatschappij (Gustavsson et al., 2011; Olesen, Gustavsson, Svensson, Wittchen & Jönsson, 2012).

Omdat depressie veel voorkomt en het negatieve gevolgen heeft voor het leven van jongeren, is het van belang om factoren die bijdragen aan het ontwikkelen van een depressie, verder uit te diepen. Het ontstaan van een depressie bij jongeren is complex en multifactorieel. Meerdere factoren hebben dus invloed op het ontstaan en instandhouding van een depressie, waaronder genen (Braet, Wante & Timbremont, 2014), een lage sociaaleconomische status (Demir, T., Karacetin, Demir, D. & Uysal, 2011; Lorant et al., 2003), weinig sociale hulp (Patten, Williams, Lavorato & Bulloch, 2010) en bepaalde persoonlijkheidskenmerken (Jourdy & Petot, 2017). Maar ook ouder-kind relatiepatronen, waaronder opvoedingsstijlen en hechting zijn van invloed (Brumariu & Kerns, 2010; Timbremont & Braet, 2005). In deze scriptie wordt ingegaan op de etiologische factoren persoonlijkheid en hechting.

Meerdere onderzoeken hebben aangetoond dat persoonlijkheid wordt geassocieerd met het ontwikkelen en in stand houden van een depressie (Allen, 2017; Jourdy & Petot, 2017; Kotov Gamez, Schmidt & Watson, 2010). Er wordt al lang onderzoek gedaan naar de structuur van persoonlijkheid (Costa & McCrae, 1995; Digman & Inouye, 1986; McCrae & Costa 1996). In onderzoek over persoonlijkheid wordt gezocht naar basiselementen waaruit begrepen kan worden waarom mensen verschillende emotionele, interpersoonlijke, ervaringsgerichte en motivatiestijlen hebben (McCrae & John, 1992). In 1990 heeft Digman het 'Five Factor Model' ontwikkeld, vanuit een meta-analyse concludeert hij dat er vijf persoonlijkheidskenmerken zijn; neuroticisme, extraversie, consciëntieusheid, altruïsme en openheid voor nieuwe ervaringen. Deze vijf kenmerken zijn elk opgebouwd uit zes facetten. Neuroticisme wordt omschreven als angstig, vijandig, depressief, zelfbewust en kwetsbaar. Extraversie wordt gekenmerkt door sociaal, warm, vrolijk, assertief, avontuurlijk en energiek. Consciëntieusheid wordt aangeduid met bekwaam, ordelijk, plichtmatig, doelgericht, bedachtzaam en zelfdiscipline. Altruïsme wordt omschreven als vertrouwen, eerlijk, bescheiden, meegaand, onbaatzuchtig en zorgzaam. Openheid voor nieuwe ervaringen heeft te maken met fantasie, esthetiek, gevoelens, gedrag, ideeën en waarden (McCrae, Costa & Martin, 2005). Het Five Factor Model wordt in de hedendaagse literatuur ook wel Big Five genoemd.

Persoonlijkheidskenmerken lijken op diverse manieren invloed te hebben op het ontstaan en het verloop van een depressie (Klein, Kotov & Bufferd, 2011). In een meta-analyse (Kotov et al., 2010) werd de relatie tussen persoonlijkheid, volgens de Big Five, en depressie onderzocht. Er werd gevonden dat mensen met een depressie hoger scoren op neuroticisme, maar lager op extraversie en consciëntieusheid. De onderzoekers gaven aan dat er te weinig onderzoek is gedaan naar de facetten waar de persoonlijkheidskenmerken uit zijn opgebouwd. Zowel Jourdy en Petot (2017) als Allen et al. (2017) hebben vervolgonderzoek gedaan naar de resultaten van Kotov et al. (2010). Ze vonden bevestiging van de resultaten; een verhoogde score op neuroticisme maar een verlaagde score op extraversie en consciëntieusheid worden geassocieerd met een verhoogde kans op het ontwikkelen van een depressie. Daarnaast vonden Jourdy en Petot (2017) dat er een positief verband bestaat tussen neuroticisme en de ernst van de depressie. Kortom, een verhoogde score op neuroticisme en een verlaagde score op extraversie en consciëntieusheid wordt geassocieerd met een verhoogde kans op het ontwikkelen van een depressie.

Een andere etiologische factor die vaak in verband wordt gebracht met depressie is hechting. Hechting wordt gezien als een redelijk stabiele eigenschap, die een langdurige

invloed heeft op het functioneren van mensen (Fraley & Brumbaugh, 2004). Wanneer kinderen consistente zorg van hun verzorgers ontvangen, hebben zij een grotere kans op het ontwikkelen van een veilige hechting. Zij zoeken hun verzorgers op wanneer zij troost, geruststelling of ondersteuning nodig hebben. Kinderen die inconsistente zorg ontvangen daarentegen, hebben een vergrote kans op het ontwikkelen van onveilige hechting. Deze kinderen vinden het lastig om geruststelling en troost bij hun verzorgers te vinden of proberen onafhankelijk van verzorgers, zichzelf gerust te stellen en te troosten (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978). Uit longitudinaal onderzoek blijkt dat de hechtingsstijl die in de kindertijd wordt ontwikkeld, onder redelijk stabiele gezinsfactoren, consistent blijft tot in de volwassenheid (Waters, Merrick, Treboux, Crowell & Albersheim, 2000). Het heeft positieve effecten voor adolescenten wanneer zij een veilige hechting hebben ontwikkeld. Zij hebben positievere gedachten aan het verleden, gevoelens en gedachten in het heden en positievere verwachtingen van de toekomst (Laghi, D'Alessio, Pallini & Baiocco, 2009).

Bartholomew en Horowitz (1991) hebben een model ontwikkeld voor hechtingsstijlen bij adolescenten, gebaseerd op de hechtingstheorie van Bowlby. In het model staan twee 'interne werkmodellen' centraal; hoe kijkt men naar zichzelf en hoe kijkt men naar anderen. Vanuit deze 'interne werkmodellen' kunnen adolescenten zichzelf en anderen zowel positief als negatief interpreteren, door deze interpretaties samen te voegen ontstaan er vier categorieën hechtingsstijlen. Veilig (*secure*) betekent dat de adolescent een positief zelfbeeld heeft en de verwachting heeft dat anderen ontvankelijk en accepterend zijn. Hij/zij voelt zich prettig bij relaties. Bij een gepreoccupeerde (*preoccupied*) hechtingsstijl heeft de adolescent een negatief zelfbeeld en zoekt acceptatie bij anderen. Bij hechtingsstijl angstig-vermijdend (*fearful-avoidant*) heeft de adolescent een negatief zelfbeeld en de verwachting dat anderen onbetrouwbaar en afwijzend zijn. Bij een vermijdende (*dismissive-avoident*) hechtingsstijl heeft de adolescent een positief zelfbeeld, maar om teleurstelling te voorkomen is er een vermijdende houding in relatie tot anderen.

Tanaka et al. (2008) vond bevestiging voor deze theorie. Jongeren met een veilige en vermijdende hechtingsstijl hebben inderdaad een positief beeld over zichzelf en jongeren met gepreoccupeerde en angstig-vermijdende hechtingsstijl hebben een negatief beeld over zichzelf. Daarnaast hebben veilig en gepreoccupeerd gehechte jongeren inderdaad een positief beeld over anderen en hebben de angstig-vermijdende en de vermijdende gehechte jongeren een negatief beeld over anderen. In een meta-analyse (Brumariu & Kerns, 2010) werd gevonden dat onveilige hechting een factor is die bijdraagt aan het ontstaan van depressie, er waren onvoldoende onderzoeken om onderscheid te maken in de soorten van onveilige

hechting. Andere onderzoeken vonden dat minder depressiesymptomen samengaat met veilige hechting (Hoseinzadeh & Khanjani, 2016; Jakobsen, Horwood & Fergusson, 2012).

Er is weinig bekend over de relatie tussen persoonlijkheid en hechting bij adolescenten. In een follow-up studie (Fransson, Granqvist, Bohlin & Hagekull, 2012) waarin gekeken werd naar de relatie tussen persoonlijkheid en hechting op 8 en 21-jarige leeftijd, werd gevonden dat veilig gehechte adolescenten meer extravert zijn op beide meetmomenten. Openheid voor nieuwe ervaringen hing in de kindertijd samen met veilige hechting en in de adolescentie samen met de angstig-vermijdende hechtingsstijl. In ander onderzoek (Both & Best, 2017) blijkt dat veilig gehechte studenten lager scoorden op neuroticisme en hoger op extraversie. Onderzoek naar persoonlijkheid en hechting richt zich vaak op volwassenen. Surcinelli, Rossi, Montebanocci & Baldaro (2010) vonden bij volwassenen dat een hoge score op extraversie correleert met veilige hechting, en negatief met de angstige en gepreoccupeerde hechtingsstijl. Een hoge score op neuroticisme heeft een negatieve correlatie met veilige hechting, en een positieve correlatie met de angstige en gepreoccupeerde hechtingsstijl. Tot slot vonden ze dat altruïsme positief correleert met een veilige hechting en negatief met een angstige en vermijdende hechtingsstijl. Doordat het meeste onderzoek zich richt op volwassenen, is nog weinig bekend over het verband van persoonlijkheid en hechting bij adolescenten.

Het ontwikkelen van een depressie als adolescent heeft negatieve gevolgen voor de adolescent zelf evenals voor de maatschappij. Daarom is het van belang om meer inzicht te krijgen in de factoren die jongeren beschermen voor het ontwikkelen van een depressie. Daarom zal in deze scriptie worden gekeken naar de relatie tussen persoonlijkheid en depressie en of hechting daar mogelijk een mediërende rol in speelt. Daarin zal een groep klinische jongeren vergeleken worden met een groep adolescenten uit de Algemene Nederlandse Bevolking (ANB-groep). Meer kennis over de onderlinge relaties tussen persoonlijkheid, depressie en hechting bij adolescenten, kan helpen om te bepalen waar aandacht aan besteed moet worden in behandeling en preventie van depressie bij jongeren. De volgende hypothesen worden onderzocht;

Algemeen

1. De groep klinisch depressieve jongeren rapporteert meer depressieve klachten dan jongeren uit de ANB-groep.
2. De groep klinisch depressieve jongeren rapporteert meer onveilige hechting dan jongeren uit de ANB-groep.

Specifiek

3. Een hogere score op neuroticisme hangt samen met depressie.
4. Een lagere score op extraversie en consciëntieusheid hangt samen met depressie.
5. Onveilige hechting hangt samen met depressie.
6. Extraversie hangt samen met een veilige hechting.
7. Neuroticisme hangt samen met onveilige hechting.
8. Openheid voor nieuwe ervaringen hangt samen met onveilige hechting.
9. Het verband tussen neuroticisme en depressie wordt gemedieerd door onveilige hechting.
10. Het verband tussen extraversie en depressie wordt gemedieerd door veilige hechting.
11. Het verband tussen consciëntieusheid en depressie wordt gemedieerd door veilige hechting.

Methode

Steekproef

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van data uit het D(o)epressie onderzoek (Stikkelbroek, Bodden, Deković & van Baar, 2013). In dit onderzoek werd een *randomized controlled trial* (RCT) uitgevoerd, waarin 87 klinisch depressieve adolescenten deelnamen. De jongeren uit de klinisch depressieve groep werden vergeleken met jongeren uit de Algemene Nederlandse Bevolking (ANB; Stikkelbroek, Bodden, Kleinjan, Reijnders & van Baar, 2016). De totale steekproef bestaat uit 734 adolescenten tussen 12 en 21 jaar. Er zijn 73 adolescenten (16,4% jongens en 83,6% meisjes) in de klinisch depressieve groep en 661 adolescenten (33,7% jongens en 66,3% meisjes) in de ANB-groep. In de klinisch depressieve groep is de gemiddelde leeftijd 16.47 en heeft 96% een Nederlandse etniciteit. In de ANB-groep was de gemiddelde leeftijd 16.57 en heeft 91% een Nederlandse etniciteit.

Procedure

In 14 gespecialiseerde GGZ-instellingen, verspreid door heel Nederland, werden adolescenten geworven om deel te nemen aan het onderzoek. De ANB-jongeren deden mee aan een onderzoek naar depressie en negatieve levenservaringen en de mediërende rol van emotie regulatie. Een deel van de ANB-jongeren ($n=569$) werd geworven door masterstudenten op school en bij sportaccommodaties in heel Nederland. Het andere deel ($n=84$) werd geworven in 14 gespecialiseerde GGZ-instellingen in heel Nederland. Jongeren konden niet deelnemen wanneer zij (1) acut suïcidaliteitsrisico hadden, (2) drugs gebruikten, (3) een pervasieve ontwikkelingsstoornis hadden, (4) een bipolaire stoornis hadden, (5) waren opgenomen in een klinische setting, of (6) geen vloeiend Nederlands,

Turks, Arabisch of Berber spraken. Wanneer jongeren medicatie kregen, bleef de dosis gelijk tijdens de behandeling. De klinische jongeren deden mee aan een RCT. Waarin zij allemaal deelnamen aan een intake en voormeting vragenlijsten invulden. Vervolgens kreeg een deel van hen vijftien weken een experimentele cognitieve gedragstherapie (CGT). Hun ouders kregen twee sessies, waarin zij psycho-educatie en informatie kregen over CGT. De andere jongeren kregen een gebruikelijke behandeling voor klinische depressie. Alle deelnemers tekenden een *informed consent* en konden ten alle tijden stoppen met het onderzoek. De ANB-adolescenten vulden zowel een *informed consent* als zelfrapportagevragenlijsten in. In dit onderzoek zal gebruik worden gemaakt van de data van de voormeting van beide groepen.

Meetinstrumenten

Persoonlijkheid. Persoonlijkheid is gemeten aan de hand van de Big Five (Vermulst & Gerris, 2005). De lijst bevat 30 items en maakt onderscheid in vijf schalen; extraversie, neuroticisme, altruïsme, consciëntieusheid en openheid. De items bestaan uit woorden die eigenschappen van mensen omschrijven, zoals ‘onderzoekend’, ‘spraakzaam’ of ‘netjes’. De adolescent moet aangeven in hoeverre zij die eigenschap bezitten, aan de hand van een zeven-punt likertschaal (1= klopt helemaal niet, 7 = klopt helemaal wel). De betrouwbaarheidscoëfficiënt, alpha, van de Big Five is voor extraversie .88, neuroticisme .85, altruïsme .90, consciëntieusheid .90 en voor openheid .85. De betrouwbaarheidscoëfficiënt van de totale Big Five is .87 (Goldberg, 1992). In het huidige onderzoek is de betrouwbaarheidscoëfficiënt voor extraversie .86, neuroticisme .84, altruïsme .80, consciëntieusheid .85, openheid .71. Voor de totale Big Five is de betrouwbaarheidscoëfficiënt .72.

Depressiesymptomen. Depressiesymptomen zijn gemeten door het afnemen van de Children’s Depression Inventory (CDI-2; Kovacs & Staff, 2011), er werd een Nederlandse vertaling gebruikt (Bodden, Stikkelbroek & Braet, 2010). Dit is een depressie screeningsvragenlijst die geschikt is voor kinderen en jongeren van 8 tot 21 jaar. De lijst meet de cognitieve, affectieve en gedragsmatige symptomen en de ernst van de depressie (Bodden, Braet & Stikkelbroek, 2016). De CDI-2 bestaat uit een zelfrapportagelijst voor de jongeren met 28 items, met elk een drie-punt likertschaal. De lijst bevat vragen als; ‘Ik ben soms verdrietig’, ‘Ik ben vaak verdrietig’, en ‘Ik ben altijd verdrietig’, hen wordt gevraagd hoe ze dit de afgelopen twee weken hebben ervaren. De betrouwbaarheidscoëfficiënt van de CDI is tussen de .91 en .93 (Stikkelbroek et al., 2016) en in dit onderzoek .93.

Hechting. Hechting werd gemeten door het afnemen van Psychological Availability and Reliance on Adult Questionnaire (PARA; Schuengel & Zegers, 2003). Deze vragenlijst is

ingevuld door de adolescenten en bevat twee subschalen. De eerste subschaal meet de psychologische beschikbaarheid van ouders voor de jongere. De tweede subschaal meet in welke mate de jongere op zijn ouders durft te vertrouwen als veilige basis. Gezamenlijk geven de antwoorden de mate van veiligheid van de hechtingsrelatie. Hoe hoger de score, hoe veiliger de hechtingsrelatie. De lijst bestaat uit 13 items die de jongere los beantwoordt voor zijn/haar vader en moeder, in totaal beantwoordt de jongere 26 vragen. De lijst bevat vragen als; 'jouw ouder leeft met je mee als hij/zij naar je luistert' en 'je brengt jouw zorgen bij jouw ouder ter sprake'. Antwoorden kan met een vier-punt likertschaal van (1) mee eens tot (4) mee oneens (Schuengel & Zegers, 2003). De betrouwbaarheidscoëfficiënt (Schuengel & Zegers, 2003) van psychologische beschikbaarheid is .60. De Cronbach's alpha voor vertrouwen op ouders is .85. De PARA heeft een voldoende discriminerende validiteit en construct validiteit. In het huidige onderzoek is de betrouwbaarheidscoëfficiënt van psychologische beschikbaarheid .93 en vertrouwen op ouders .91.

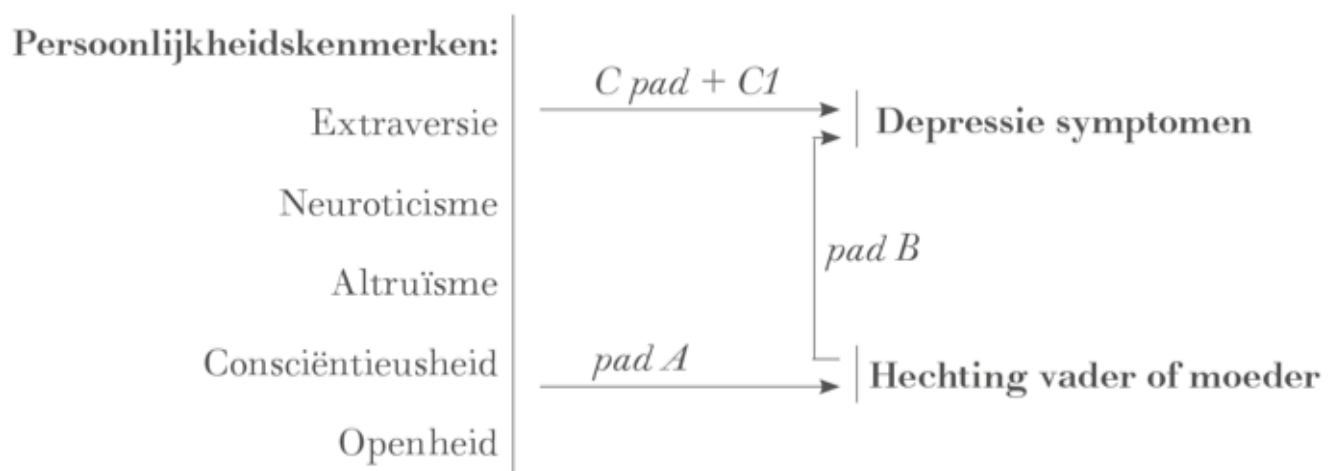
Statistische analyse

Voordat de statistische analyses werden uitgevoerd is gekeken naar ontbrekende waarden en uitschieters. Sommige adolescenten hadden op één vragenlijst 20% of meer niet ingevuld. Daardoor zijn in beide groepen adolescenten geëxcludeerd van het onderzoek. De overige missende waarden zijn geschat.

Voordat de analyses worden uitgevoerd zal gekeken worden naar de assumpties. Voor het analyseren van de resultaten zal gestart worden met het uitvoeren van een ANOVA. Dit is om de verschillen tussen de klinisch groep en de ANB-groep te berekenen. Hierna kan beoordeeld worden of er covariaten meegenomen moeten worden tijdens de analyses. Daarnaast berekent de ANOVA of er verschillen zijn tussen de groepen op depressiesymptomen, persoonlijkheidskenmerken en veiligheid van de hechtingsrelaties. Daarna zullen de correlaties tussen de variabelen worden gemeten. Wanneer alle drie de variabelen significant zijn, zal een lineaire regressie worden uitgevoerd. Dit wordt zowel voor de klinisch depressieve groep als voor de ANB-groep gedaan. Om te mogen spreken van een mediatie effect zal er allereerst onderzocht moeten worden of de onafhankelijke variabele en de afhankelijke variabele met elkaar samenhangen (pad C), dus of er een samenhang bestaat tussen persoonlijkheid en depressie. Daarna moet onderzocht worden of de onafhankelijke variabele en de mediator samenhangen (pad A), dus of persoonlijkheid en hechting gerelateerd zijn. Vervolgens zal gekeken worden of de mediator samenhangt met de afhankelijke variabele (pad B), dus of er een verband bestaat tussen hechting en depressie. Daaropvolgend moet het verband tussen persoonlijkheid en depressie verminderen of

verdwijnen als de mediator wordt toegevoegd, hechting, (pad C1). Dan kan geconcludeerd worden dat het mediërende verband meer verklaart dan de losse verbanden. De Big Five differentieert in vijf persoonlijkheidskenmerken. De regressieanalyse zal voor de vijf kenmerken apart worden getoetst, wanneer alle correlaties onderling significant zijn.

Tot slot wordt de Sobel Test gebruikt om de significantie van het mediatie effect te toetsen. Het directe effect van persoonlijkheid op depressie zal door het mediërende effect van hechting teniet worden gedaan, er zal sprake zijn van een indirect effect ook wel mediatie genoemd.



Resultaten

Verschillen tussen groepen

Om de ANB-groep en de klinische groep met elkaar te vergelijken, moest eerst gekeken worden of de groepen voldoende overeenkomen op bepaalde demografische kenmerken. De ANOVA is uitgevoerd om te kijken naar verschillen in leeftijd. Er werd geen significant verschil in leeftijd gevonden $F(1)=.06$ $p=.80$. De chi-square vond een significant verschil in geslacht $\chi^2(1, n=734) = 9.04$, $p=.003$. De klinische groep had significant meer meisjes dan de ANB-groep. Geslacht is daarom meegenomen als covariaat.

In de ANCOVA (zie Tabel 1) is onderzocht of er in de klinisch depressieve groep meer depressiesymptomen voorkwamen dan in de ANB-groep. De klinisch depressieve jongeren lieten significant meer depressiesymptomen zien dan de ANB-jongeren, $F(1)=411.95$, $p<.001$, $\eta^2=.36$. Dit is een medium effect. De klinische depressieve jongeren rapporteerden een significant minder veilige hechting met zowel vader als moeder dan de

ANB-jongeren. Vader; $F(1)=60.21$, $p<.001$, $\eta^2=.08$ en moeder; $F(1)=35.82$, $p<.001$, $\eta^2=.05$, dit zijn zeer kleine effecten (Cohen, 1988).

Correlatieanalyses

Om de sterkte van de samenhang tussen de variabelen te onderzoeken zijn de correlaties berekend. De Pearson's correlatieanalyse (zie Tabel 2) is uitgevoerd tussen de persoonlijkheidskenmerken en depressiesymptomen. In de klinische groep werd een significant positief, klein verband gevonden tussen neuroticisme en depressieve symptomen. Wanneer jongeren meer depressieve symptomen rapporteerden, hadden ze ook een hogere score op neuroticisme. Altruïsme en depressieve symptomen daarentegen hadden een significant klein, negatief verband. Dit houdt in wanneer jongeren meer depressieve symptomen rapporteerden, ze een lagere score hadden op altruïsme. Er werd geen verband gevonden tussen extraversie, consciëntieusheid en openheid met depressieve symptomen.

In de groep jongeren uit de Algemene Nederlandse Bevolking hingen alle persoonlijkheidskenmerken significant samen met depressiesymptomen. Er werd een negatief, medium verband gevonden tussen extraversie en altruïsme, en depressieve symptomen. Dit houdt in dat als de jongeren meer depressieve symptomen rapporteren ze een lagere score hadden op extraversie en altruïsme. Het verband tussen consciëntieusheid en openheid en depressieve symptomen was ook negatief maar klein. Dit betekent dat wanneer jongeren meer depressieve symptomen rapporteerden ze een lagere score op consciëntieusheid en openheid rapporteerden. Het verband tussen neuroticisme en depressieve symptomen was positief en medium. Dit houdt in dat wanneer jongeren een meer depressieve symptomen rapporteerden, ze een hogere score hadden op neuroticisme.

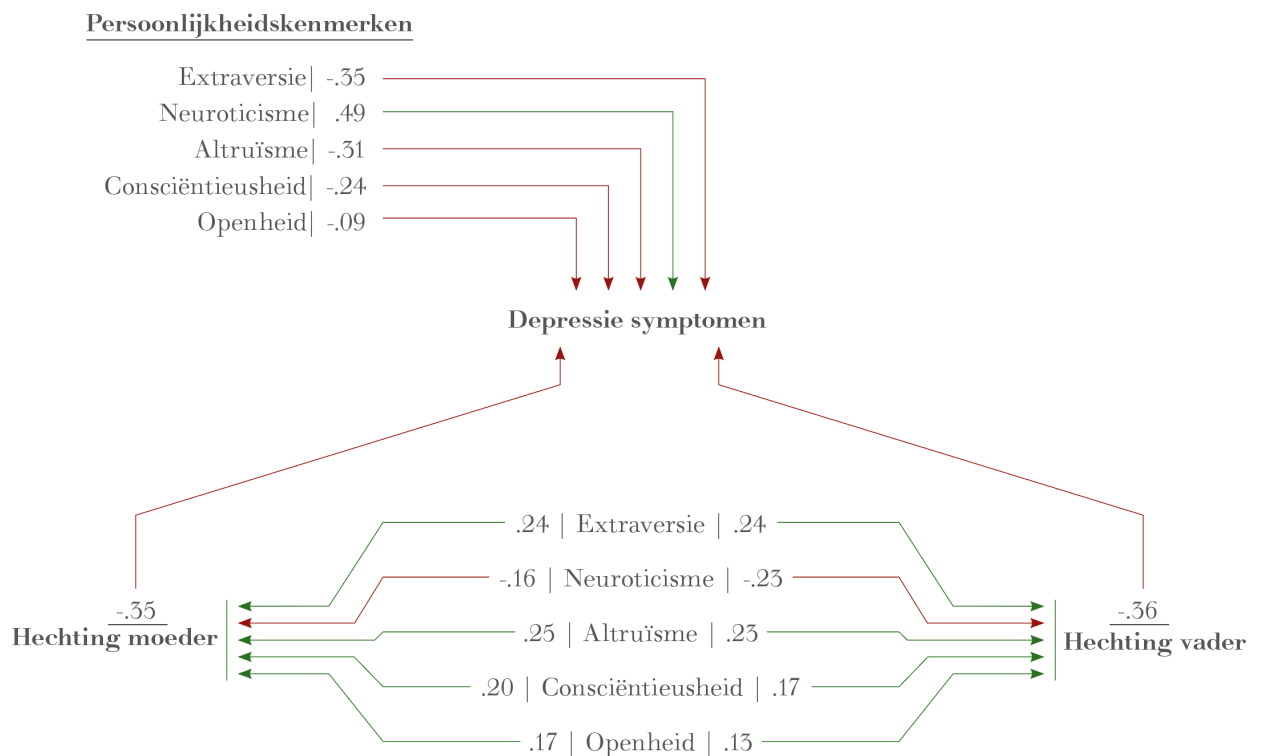
Daarnaast is de samenhang berekend tussen de veiligheid van de hechtingrelatie met vader evenals met moeder en depressiesymptomen. In beide groepen hing de hechtingsrelatie met vader negatief samen met depressiesymptomen, dit was een medium effect. Eveneens hing in beide groepen de hechtingsrelatie met moeder negatief samen met depressiesymptomen, ook dit was een medium effect. Dus hoe meer depressiesymptomen werden gerapporteerd, hoe minder veilig de hechtingsrelatie met vader en moeder.

Tot slot is de samenhang berekend tussen de persoonlijkheidskenmerken en de hechtingsrelatie met vader, evenals met de hechtingsrelatie met moeder. Bij de klinische groep werd alleen een significante samenhang gevonden tussen de hechtingsrelatie met moeder en extraversie, dit was een klein effect. De andere persoonlijkheidskenmerken; neuroticisme, altruïsme, consciëntieusheid en openheid hadden geen significante samenhang

met hechtingsrelatie met moeder. Alle persoonlijkheidskenmerken hadden geen significante samenhang met hechtingsrelatie met vader.

In de ANB-groep hingen extraversie, altruïsme, consciëntieusheid en openheid significant positief samen met hechtingsrelatie met vader, evenals met hechtingsrelatie met moeder. Dat betekent wanneer jongeren een hogere score op een persoonlijkheidskenmerk rapporteerden, ze een veiligere de hechtingsrelatie met vader of moeder rapporteerde. Neuroticisme had een significant negatieve samenhang met hechtingsrelatie met vader, en moeder. Dit betekent dat wanneer jongeren een hogere score hebben op neuroticisme ze een minder veilige hechtingsrelatie rapporteerden. De effecten waren allemaal klein.

Dit betekent dat er een lineaire regressieanalyse kan worden uitgevoerd in de ANB-groep waarin alle persoonlijkheidskenmerken en beide hechtingsrelaties meegenomen kunnen worden.



Regressie-analyse

In de ANB-groep werd een lineaire regressie gedaan om de relatie tussen persoonlijkheid en depressie te verklaren. Depressie symptomen was de afhankelijke variabele in het model. Omdat geslacht covarieert, is deze als eerste opgenomen in het model. Vervolgens werd een persoonlijkheidskenmerk toegevoegd en daarna hechting met vader of moeder. Het verband tussen consciëntieusheid en depressie dat deel wordt verklaard door

hechting met vader. Ongeveer 18 % van de variantie in depressie kan verklaard worden door hechting met vader ($F(3, 639)=47.80, p<.001, R^2=.18$). Dit geldt eveneens voor hechting met moeder ($F(3, 655)=46.33, p<.001, R^2=.18$). De overige regressiemodellen hadden een gedeeltelijke mediatie. Hechting met moeder verklaart samen met extraversie 21% van de variantie in depressie, samen met neuroticisme 32%, samen met altruïsme 20% en samen met openheid verklaart hechting met moeder 14% van de variantie in depressie. Hechting met vader verklaart samen met extraversie 21% van de variantie in depressie, samen met neuroticisme 30%, met altruïsme 20% en met openheid verklaart hechting met vader 15% van de variantie in depressie (zie Tabel 3 en 4).

Sobel-test

De sobel-test is uitgevoerd om te bepalen of het mediatie effect significant is. Het effect van consciëntieusheid op depressie wordt significant gemedieerd door hechting met moeder $t=4.45, p<.001$. Eveneens is het mediatie effect van hechting met vader significant $t=3.99, p<.001$. De gedeeltelijke mediatie effecten zijn allemaal significant (zie Tabel 5).

Discussie

In deze studie is onderzocht of hechting een mediërende rol speelt in de relatie tussen persoonlijkheid en depressie. Zowel in een groep klinisch depressieve adolescenten als in een groep adolescenten uit de Algemene Nederlandse Bevolking.

Uit dit onderzoek is gebleken dat de klinisch depressieve groep adolescenten meer depressieve klachten rapporteerden dan de ANB-groep. Daarnaast zijn de klinisch depressieve jongeren onveiliger gehecht dan de jongeren uit de ANB-groep. Verder werd gevonden dat hechting met vader en moeder een mediërende rol speelt in de relatie tussen consciëntieusheid en depressie in de ANB-groep.

Ten eerste werd verwacht dat de klinisch depressieve jongeren meer depressieve klachten rapporteerden dan de ANB-jongeren. Dit is bevestigd in het huidige onderzoek.

Ten tweede werd verwacht dat de klinisch depressieve jongeren onveiligere gehechtheid rapporteerden dan de ANB-jongeren. Hiervoor is bevestiging gevonden in het huidige onderzoek.

Ten derde werd verwacht dat een hogere score op neuroticisme samengaat met een hogere score op depressie. Voor dit verband is bevestiging gevonden in beide groepen. In de klinisch depressieve groep een klein verband en een medium verband in ANB-groep. Dit komt overeen met eerder onderzoek (Allen et al., 2017; Jourdy & Petot, 2017; Kotov et al., 2010).

Ten vierde werd verwacht dat een lagere score op extraversie en consciëntieusheid samengaat met een verhoogde kans op het ontwikkelen van een depressie. In het huidige onderzoek werd hiervoor geen bevestiging gevonden in de klinisch depressieve jongeren. In de ANB-groep werd wel een significant verband gevonden. Een lagere score op extraversie en consciëntieusheid gaat samen met een hogere score op depressie. Dit is in overeenstemming met eerdere onderzoeken (Allen et al., 2017; Jourdy & Petot, 2017; Kotov et al., 2010).

Ten vijfde werd verwacht dat onveilige hechting samengaat met depressie. Voor deze hypothese is in beide groepen bevestiging gevonden; een lage score op hechting met vader en moeder gaat samen met meer depressieve symptomen. Dit werd eveneens gevonden in eerdere onderzoeken (Brumariu & Kerns, 2010; Hoseinzadeh & Khanjani, 2016; Jakobsen, Horwood & Fergusson, 2012).

(6) Ten zesde werd verwacht dat een hoge score op extraversie samengaat met veilige hechting. In beide groepen is hiervoor bevestiging gevonden, de effecten waren even groot. Dit betekent dat wanneer adolescenten een hogere score hadden op extraversie, ze een veiligere hechtingsrelatie met beide ouders hadden. De resultaten komen overeen met de bevindingen van eerdergenoemde onderzoekers (Both & Best, 2017; Fransson, et al., 2012).

Ten zevende werd verwacht dat een hogere score op neuroticisme samenhangt met onveilige hechting. In de groep klinisch depressieve jongeren werd geen significant resultaat gevonden. In de ANB-groep was wel een significant verband, een lagere score op neuroticisme gaf een hogere score op hechting met vader en moeder. Dit komt overeen met eerdere bevindingen (Both & Best, 2017).

Ten achtste werd verwacht dat openheid voor nieuwe ervaringen samenhangt met onveilige hechting. In beide groepen werd geen bevestiging gevonden. In de klinische groep was geen significant verschil aanwezig, in de ANB-groep was het er een positief verband, dit betekent dat een hogere score op openheid samengaat met veilige hechting. De gevonden resultaten zijn in tegenspraak met eerdergenoemd onderzoek (Fransson et al., 2012). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de meetinstrumenten van Fransson et al. (2012) andere waren dan in het huidige onderzoek. Daarbij is in het huidige onderzoek de hechtingsrelatie tussen ouders opgedeeld, dit was niet het geval in het onderzoek van Fransson et al. (2012). Toch blijft de vraag waarom de uitkomsten van beide onderzoeken gestelde resultaten geven. Meer vervolgonderzoek naar de relatie tussen persoonlijkheid en hechting zal daarin nodig zijn.

Ten negende werd verwacht dat het verband tussen neuroticisme en depressie wordt gemedieerd door onveilige hechting. In de klinische depressieve groep kon geen

regressieanalyse worden uitgevoerd. In de ANB-groep werd een gedeeltelijke mediatie gevonden. Dit betekent dat een hoge score op neuroticisme en onveilig hechting, met vader en moeder, samen een deel van de variantie in depressie verklaren.

Ten tiende werd verwacht dat veilige hechting medieert in de relatie tussen extraversie en depressie. In de klinische groep kon de regressieanalyse niet worden uitgevoerd. In de ANB-groep werd een gedeeltelijke mediatie gevonden. Een hoge score op extraversie en veilige hechting, met vader en moeder, verklaren samen een deel van de verklarende variantie in depressie.

Tot slot was de verwachting dat het verband tussen consciëntieusheid en depressie gemedieerd wordt door veilige hechting. In de klinisch depressieve groep kon geen regressieanalyse worden uitgevoerd. In de ANB-groep werd een volledig mediatie effect gevonden. De relatie tussen consciëntieusheid en depressie wordt gemedieerd door de hechtingsrelatie met vader en moeder. Dit betekent dat hechting meer verklaart dan consciëntieusheid. Hechting verklaart dus de relatie tussen consciëntieusheid en depressie.

Een nieuwe bevinding in dit onderzoek is een gedeeld mediatie effect van veilige hechting, met vader en moeder, op de relatie tussen zowel altruïsme als openheid en depressie in de ANB-groep. Dit betekent dat veilige hechting samen met altruïsme, evenals met openheid, een deel van de verklarende variantie verklaren in depressie.

Een sterk punt aan dit onderzoek is dat er nog niet eerder is onderzocht of hechting een mediërende rol speelt in de relatie tussen persoonlijkheid en depressie. Daarbij is er in dit onderzoek onderscheidt gemaakt tussen de hechtingsrelatie met moeder en met vader. Een zwak punt aan dit onderzoek is de kleine omvang van de klinische groep. Wanneer de doelgroep groter is, is het een betere representatie van de werkelijkheid. Een ander zwak punt is dat de hechtingsrelatie wordt bepaald door een zelfrapportagevragenlijst ingevuld door de jongeren. Hierdoor wordt de subjectieve mening van de jongere gemeten. Dit geeft mogelijk andere uitkomsten dan een objectieve observatie.

Voor vervolgonderzoek wordt aanbevolen om verder onderzoek te doen naar de relatie tussen persoonlijkheid en depressie bij jongeren. Bij voorkeur waarbij de persoonlijkheidskenmerken opgesplitst worden in componenten. Hierdoor wordt duidelijker welke onderdeel in een persoonlijkheidskenmerk de kans op het ontwikkelen van een depressie verlaagt of juist verhoogt. De componenten die jongeren weerbaarder maken tegen het ontwikkelen van een depressie kunnen dan worden versterkt in preventieve behandeling van depressie. Daarnaast is het verder onderzoeken van het mediatie effect interessant om

nader te onderzoeken. Om te ontdekken of andere onderzoekers ook een volledige mediatie effect vinden van veilige hechting bij de relatie tussen consciëntieusheid en depressie.

De bijdrage van dit onderzoek is dat het heeft aangetoond dat klinisch depressieve jongeren meer depressieve klachten rapporteerden dan ANB-jongeren. Daarbij is gevonden dat de klinisch depressieve jongeren minder veilig zijn gehecht dan de ANB-jongeren. In de ANB-groep werd een mediatie effect gevonden, de relatie tussen consciëntieusheid en depressie wordt verklaard door veilige hechting. Voor extraversie, altruïsme en openheid geldt dat zij samen met veilige hechting een deel van de variantie verklaren in depressie. Neuroticisme verklaard samen met onveilige hechting een deel van de verklarende variantie in depressie.

Tabel 1

ANCOVA. Verschillen tussen de ANB-groep en de klinische groep

	ANB-groep			Klinische groep		
	M	SD	n	M	SD	n
Depressie symptomen	.28	.25	661	.93	.30	73
Hechting moeder	3.25	.62	659	2.78	.77	70
Hechting vader	3.09	.66	643	2.39	.78	58

Tabel 2

Pearson's correlaties van de hoofdvariabelen

	1	2	3	4	5	6	7	8
1 Depressie-symptomen		-.35***	.49***	-.31***	-.24***	-.09*	-.35***	-.36***
2 Extraversie	-.20						.24***	.24***
3 Neuroticisme	.24*						-.16***	-.23***
4 Altruïsme	-.35**						.25***	.23***
5 Consciëntieusheid	-.09						.20***	.17***
6 Openheid nieuwe ervaringen	-.21						.17***	.13**
7 Hechtingsrelatie met moeder	-.45***	.28*	-.08	.16	.16	.18		
8 Hechtingsrelatie met vader	-.42**	.22	-.05	.15	-.03	.10		

Noot: De correlaties zijn significant (tweezijdig) bij * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$. ANB-groep = boven diagonaal, klinische groep = onder diagonaal.

Tabel 3 Lineaire regressie vanuit depressiesymptomen, met de persoonlijkheidskenmerken en hechting met moeder in de ANB-groep (n=660)

	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>R</i> ²	<i>R</i> ² change
Stap 1					
Geslacht	.05	.02	.10		
Stap 2					
Geslacht	.04	.02	.08		
Extraversie	-.07	.01	-.35		
Stap 3					
Geslacht	.05	.018	.09	.01	.01
Extraversie	-.06	.007	-.28	.13	.12
Hechting moeder	-.12	.014	-.29	.21	.08
Stap 1					
Geslacht	.05	.02	.10		
Stap 2					
Geslacht	-.01	.02	-.03		
Neuroticisme	.11	.01	.49		
Stap 3					
Geslacht	-.00	.02	-.00	.01	.01
Neuroticisme	.10	.01	.44	.24	.23
Hechting moeder	-.11	.01	-.28	.32	.08
Stap 1					
Geslacht	.05	.02	.10		

	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>R</i> ²	<i>R</i> ² <i>change</i>
Stap 2					
Geslacht	.07	.02	.14		
Altruïsme	-.11	.01	-.33		
Stap 3					
Geslacht	.07	.02	.14	.01	.01
Altruïsme	-.09	.01	-.25	.11	.10
Hechting moeder	-.12	.01	-.30	.20	.08
Stap 1					
Geslacht	.05	.02	.10		
Stap 2					
Geslacht	.07	.02	.14		
Consciëntieusheid	-.06	.01	-.26		
Stap 3					
Geslacht	.07	.02	.14	.01	.01
Consciëntieusheid	-.04	.01	-.20	.08	.07
Hechting moeder	-.13	.01	-.32	.18	.10
Stap 1					
Geslacht	.05	.02	.14		
Stap 2					
Geslacht	.05	.02	.10		
Openheid	-.02	.01	-.09		
Stap 3					
Geslacht	.06	.02	.11	.01	.01
Openheid	-.01	.01	-.03	.02	.01
Hechting moeder	-.14	.02	-.35	.14	.12

Tabel 4 Lineaire regressie vanuit de depressiesymptomen met de persoonlijkheidskenmerken en hechting met vader in de ANB-groep (n=642)

	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>R</i> ²	<i>R</i> ² <i>change</i>
Stap 1					
Geslacht	.05	.02	.10		
Stap 2					
Geslacht	.04	.02	.08		
Extraversie	-.07	.01	-.35		
Stap 3					
Geslacht	.05	.02	.10	.01	.01
Extraversie	-.06	.01	-.27	.13	.12
Hechting vader	-.11	.01	-.30	.21	.08
Stap 1					
Geslacht	.05	.02	.10		
Stap 2					
Geslacht	-.01	.02	-.03		
Neuroticisme	.11	.01	.49		
Stap 3					
Geslacht	-.00	.02	-.00	.01	.01
Neuroticisme	.09	.01	.43	.24	.23
Hechting vader	-.10	.01	-.27	.30	.07

	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>R</i> ²	<i>R</i> ² <i>change</i>
Stap 1					
Geslacht	.05	.02	.10		
Stap 2					
Geslacht	.07	.02	.14		
Altruïsme	-.11	.01	-.33		
Stap 3					
Geslacht	.07	.02	.14	.01	.01
Altruïsme	-.09	.01	-.26	.11	.10
Hechting vader	-.12	.01	-.31	.20	.09
Stap 1					
Geslacht	.05	.02	.10		
Stap 2					
Geslacht	.07	.02	.138		
Consciëntieusheid	-.06	.01	-.26		
Stap 3					
Geslacht	.07	.02	.139	.01	.01
Consciëntieusheid	-.04	.01	-.21	.08	.07
Hechting vader	-.13	.01	-.33	.18	.11
Stap 1					
Geslacht	.05	.02	.14		
Stap 2					
Geslacht	.05	.02	.10		
Openheid	-.02	.01	-.09		
Stap 3					
Geslacht	.06	.02	.11	.01	.01
Openheid	-.01	.01	-.04	.02	.01
Hechting vader	-.14	.01	-.36	.15	.13

Tabel 5 Sobeltest ANB-groep vanuit depressiesymptomen met persoonlijkheidskenmerken en hechting met vader of moeder.

	<i>t-waarde</i>	<i>t-waarde</i>
	<i>hechting met moeder</i>	<i>hechting met vader</i>
Extraversie	5.16***	5.33***
Neuroticisme	-3.90***	5.01***
Altruïsme	5.39***	5.05***
Consciëntieusheid	4.45***	3.17***
Openheid	4.06***	3.99***

*Noot. Significantie bij * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$*

Referentielijst

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ, USA: Lawrence Erlbaum.
- Allen, T. A., Carey, B. E., McBride, C., Bagby, R. M., DeYoung, C. G., & Quilty, L. C. (2017). Big Five aspects of personality interact to predict depression. *Journal of Personality*, *00*, 1–12. doi:10.1111/jopy.12352
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., ... & Haro, J. M. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *109*(420), 21-27. doi:10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x
- APA (American Psychiatric Association) (2013). *Desk reference to the Diagnostic Criteria from DSM 5*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology*, *61*(2), 226.
Verkregen op 20 mei 2018 via:
<https://pdfs.semanticscholar.org/6b60/00ae9911fa9f9ec6345048b5a20501bdcedf.pdf>
- Baumeister, H., & Härter, M. (2007). Prevalence of mental disorders based on general population surveys. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *42*(7), 537-546. doi:10.1007/s00127-007-0204-1
- Biederman, J., Ball, S. W., Monuteaux, M. C., Mick, E., Spencer, T. J., McCreary, M., ... & Faraone, S. V. (2008). New insights into the comorbidity between ADHD and major depression in adolescent and young adult females. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *47*(4), 426-434. doi:10.1097/CHI.0b013e31816429d3
- Bodden, D., Braet, C., & Stikkelbroek, Y. (2016). *CDI-2 Screeningsvragenlijst voor depressie bij kinderen en jongeren*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers B.V.
- Bodden, D., Stikkelbroek, Y., & Braet, C. (2010). *The Child Depression Inventory 2 (CDI-2)*. Utrecht: University Utrecht Press.
- Both, L. E., & Best, L. A. (2017). A comparison of two attachment measures in relation to personality factors and facets. *Personality and Individual Differences*, *112*, 1-5. doi:10.1016/j.paid.2017.02.040
- Braet, C., Wante, L., & Timbremont, B. (2014). *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie (tweede editie)*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.

- 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.
doi:10.1017/S0954579409990344
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological bulletin*, *112*(1), 155. Verkregen op 27-05-2018 via; <http://www2.psych.ubc.ca/~schaller/528Readings/Cohen1992.pdf>
- Costa Jr, P. T., & McCrae, R. R. (1995). Domains and facets: Hierarchical personality assessment using the Revised NEO Personality Inventory. *Journal of personality assessment*, *64*(1), 21-50. doi: 10.1207/s15327752jpa6401_2
- De Graaf, R., Ten Have, M., & Van Dorsselaer, S. (2010). De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking: NEMESIS II: Opzet en de eerste resultaten [The Mental Health of the Dutch Population: Netherlands Mental Health Epidemiological and Incidence study NEMESIS II: Design and First Results]. *Utrecht, Netherlands: Trimbos Institute*.
- Demir, T., Karacetin, G., Demir, D. E., & Uysal, O. (2011). Epidemiology of depression in an urban population of Turkish children and adolescents. *Journal of affective disorders*, *134*(1), 168-176. doi:10.1016/j.jad.2011.05.041
- Digman, J. M. (1990). Personality structure: Emergence of the five-factor model. *Annual review of psychology*, *41*(1), 417-440. doi:10.1146/annurev.ps.41.020190.002221
- Digman, J. M., & Inouye, J. (1986). Further specification of the five robust factors of personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, *50*(1), 116-123.
doi:10.1037/0022-3514.50.1.116
- Fraley, R. C., & Brumbaugh, C. C. (2004). A Dynamical Systems Approach to Conceptualizing and Studying Stability and Change in Attachment Security. In Rholes, W. S., & Simpson, J. A. (Eds.), *Adult attachment: Theory, research, and clinical implications* (pp. 86-132). New York, NY, USA: Guilford Publications.
Verkregen op 20 mei 2018 via:
<http://www.web-research-design.net/PDF/F&B2004b.pdf>
- Fransson, M., Granqvist, P., Bohlin, G., & Hagekull, B. (2013). Interlinkages between attachment and the Five-Factor Model of personality in middle childhood and young adulthood: A longitudinal approach. *Attachment & human development*, *15*(2), 219-239. doi:10.1080/14616734.2013.754985
- Goldberg, L. R. (1992). The development of markers for the Big-Five factor structure. *Psychological assessment*, *4*(1), 26. Verkregen op 20 mei 2018

via:https://projects.ori.org/lrg/PDFs_papers/Goldberg.Big-Five-Markers-Psych.Assess.1992.pdf

- Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Beghi, E., ... & Gannon, B. (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European neuropsychopharmacology*, *21*(10), 718-779. doi:10.1016/j.euroneuro.2011.08.008
- Hoseinzadeh, M., & Khanjani, Z. (2016). Prediction of Teenager Depression Based on Social Skill, Peer Attachment, Parental Attachment and Self-esteem. *Asian Social Science*, *12*(8), 251. doi: 10.5539/ass.v12n8p251
- Jakobsen, I. S., Horwood, L. J., & Fergusson, D. M. (2012). Childhood anxiety/withdrawal, adolescent parent–child attachment and later risk of depression and anxiety disorder. *Journal of Child and Family Studies*, *21*(2), 303-310. doi:10.1007/s10826-011-9476-x.
- Jourdy, R., & Petot, J. M. (2017). Relationships between personality traits and depression in the light of the “Big Five” and their different facets. *L'Évolution Psychiatrique*, *82*(4), 27-37. doi: 10.1016/j.evopsy.2017.08.002
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F., & Watson, D. (2010). Linking “big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *136* (5), 768-821. doi:10.1037/a0020327
- Kovacs, M., & Staff, M. H. S. (2011). *Children's Depression Inventory 2 (CDI2)*. Multi-Health Systems, Incorporated.
- Klein, D. N., Kotov, R., & Bufferd, S. J. (2011). Personality and depression: explanatory models and review of the evidence. *Annual review of clinical psychology*, *7*, 269-295. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032210-104540
- Laghi, F., D'Alessio, M., Pallini, S., & Baiocco, R. (2009). Attachment representations and time perspective in adolescence. *Social Indicators Research*, *90*(2), 181-194. doi: 10.1007/s11205-008-9249-0
- Lorant, V., Deliège, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., & Anseau, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *American journal of epidemiology*, *157*(2), 98-112. doi: 10.1093/aje/kwf182
- McCrae, R. R., & Costa, Jr, P. T. (1996). The Five-Factor Theory of Personality. In Wiggins, J. S. (Red.), *The Five-Factor Model of Personality* (pp. 159-181). New York, Verenigde Staten: The Guilford Press.

- McCrae, R. R., Costa, Jr, P. T., & Martin, T. A. (2005). The NEO-PI-3: A more readable revised NEO personality inventory. *Journal of personality assessment*, *84*(3), 261-270. doi:10.1207/s15327752jpa8403_05
- McCrae, R. R., & John, O. P. (1992). An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of personality*, *60*(2), 175-215. doi: 10.1111/j.1467-6494.1992.tb00970.x
- Merikangas, K. R., Nakamura, E. F., & Kessler, R. C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in clinical neuroscience*, *11*(1), 7. Verkregen op 20 mei 2018 via:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2807642/pdf/DialoguesClinNeurosci-11-7.pdf>
- Moreno, C., Laje, G., Blanco, C., Jiang, H., Schmidt, A. B., & Olfson, M. (2007). National trends in the outpatient diagnosis and treatment of bipolar disorder in youth. *Archives of general psychiatry*, *64*(9), 1032-1039. doi:10.1001/archpsyc.64.9.1032
- Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H. U., & Jönsson, B. (2012). The economic cost of brain disorders in Europe. *European journal of neurology*, *19*(1), 155-162. doi:10.1111/j.1468-1331.2011.03590.x
- Patten, S. B., Williams, J. V., Lavorato, D. H., & Bulloch, A. G. (2010). Reciprocal effects of social support in major depression epidemiology. *Clinical practice and epidemiology in mental health*, *6*, 126. doi:10.2174/1745017901006010126
- Paykel, E. S., Brugha, T., & Fryers, T. (2005). Size and burden of depressive disorders in Europe. *European neuropsychopharmacology*, *15*(4), 411-423. doi:10.1016/j.euroneuro.2005.04.008
- Schuengel, C., & Zegers, M. A. M. (2003). *Psychological availability and reliance on adult, manual*. Amsterdam/Zetten: Free University Amsterdam/Orthopedagogical center OGH.
- Smit, F., Shields, L., & Petrea, I. (2016). Preventing depression in the WHO European Region. Trimbos Institute. Netherlands Institute of Mental Health and Addiction, WHO Regional Offices for Europe. Verkregen op 01-02-2018 via:http://www.euro-who.int/__data/assets/pdf_file/0003/325947/New-Preventing-depression.pdf
- Surcinelli, P., Rossi, N., Montebanocci, O., & Baldaro, B. (2010). Adult attachment styles and psychological disease: Examining the mediating role of personality traits. *The Journal of Psychology*, *144*(6), 523-534. doi:10.1080/00223980.2010.508082

- Stalk, H. L., Love, A. R., & Mueller, C. W. (2015). Age of conduct disorder onset and comorbid anxiety and depression. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, *26*(3), 337-350. doi: 10.1080/14789949.2015.1017593
- 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. doi: 10.1186/1471-244X-13-314
- Stikkelbroek, Y., Bodden, D. H. M., 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*(8), e0161062. doi:10.1371/journal.pone.0161062
- Timbremont, B., & Braet, C. (2005). Depressie bij kinderen en adolescenten. *Kind en adolescent*, *26*(1), 46-56. doi: 10.1007/BF03060940
- Tanaka, N., Hasui, C., Uji, M., Hiramura, H., Chen, Z., Shikai, N., & Kitamura, T. (2008). Correlates of the categories of adolescent attachment styles: Perceived rearing, family function, early life events, and personality. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *62*(1), 65-74. doi:10.1111/j.1440-1819.2007.01777.x
- Vermulst, A. A., & Gerris, J. R. M. (2005). *QBF. Quick Big Five Persoonlijkheidsvragenlijst. Handleiding*. Leeuwarden, Nederland: LDC Publications.
- Vos, T., Haby, M. M., Barendregt, J. J., Kruijshaar, M., Corry, J., & Andrews, G. (2004). The burden of major depression avoidable by longer-term treatment strategies. *Archives of General Psychiatry*, *61*(11), 1097-1103. doi: 10.1001/archpsyc.61.11.1097
- Waszczuk, M. A., Zavos, H. M. S., Gregory, A. M., & Eley, T. C. (2016). The stability and change of etiological influences on depression, anxiety symptoms and their co-occurrence across adolescence and young adulthood. *Psychological medicine*, *46*(1), 161-175. doi:10.1017/S0033291715001634
- Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J., & Albersheim, L. (2000). Attachment security in infancy and early adulthood: A twenty-year longitudinal study. *Child development*, *71*(3), 684-689. doi: 10.1111/1467-8624.00176
- Wittchen, H. U., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. *European neuropsychopharmacology*, *15*(4), 357-376. doi:10.1016/j.euroneuro.2005.04.012
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., ... & Fratiglioni, L. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of

the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679.
doi:10.1016/j.euroneuro.2011.07.018