

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Emotieregulatie en gehechtheidsrepresentaties in adolescenten met een klinische depressie

Een vergelijkend onderzoek

SANDRA SPEEKENBRINK, MARIE-JOSÉ VAN HOOF, NATASJA VAN LANG &
ROBERT VERMEIREN

Samenvatting

In dit onderzoek werd de samenhang onderzocht tussen aandachtsbias, coping, gehechtheidsrepresentatie en ernst in symptomen bij adolescenten met een klinische depressie, in vergelijking met adolescenten met een geschiedenis van seksueel misbruik en in vergelijking met een niet-klinische controlegroep (Ntotaal = 68; leeftijd 12-20 jaar). Dergelijk vergelijkend onderzoek is niet eerder gedaan bij adolescenten. Uit de resultaten bleek dat adolescenten met een klinische depressie niet significant verschilden van leeftijdgenoten in een niet-klinische controlegroep wat betreft aandachtsbias en gehechtheidsrepresentaties. Adolescenten met seksueel misbruik waren vaker gedesorganiseerd gehecht en hadden meer problemen in emotieregulatie dan adolescenten met een klinische depressie. Voor de klinischedepressiegroep bleken alleen cognitieve copingstrategieën gerelateerd aan de mate van angst- en depressieve symptomen. Deze resultaten bevestigen dat cognitieve coping van belang is als focus in de behandeling van adolescenten met een klinische depressie, mits zij niet gedesorganiseerd gehecht zijn aan ouders.

Trefwoorden: emotieregulatie, coping, gehechtheidsrepresentatie, klinische depressie, seksueel misbruik, aandachtsbias, adolescenten

INLEIDING

.....

Emotionele problemen nemen in de adolescentiefase beduidend toe (Merikangas et al., 2010; Verhulst, 2001). Zo laten Nederlandse prevalentiecijfers zien dat ruim 10% van de adolescenten voldoet aan de criteria voor een angststoornis en bijna 4% aan de criteria voor een depressieve stoornis (Verhulst, van der Ende, Ferdinand, & Kasius, 1997). Ook is er veel overlap aan symptomen tussen angst- en depressieve stoornissen en treden zij relatief vaak samen op (Helsen, 2001). Beide stoornissen zijn recidiverend en chronisch van aard, en kenmerken zich door de aanwezigheid van problemen met het reguleren van emoties (Barlow et al., 2011; Merikangas et al., 2010). In dit onderzoek wordt de term klinische depressie gebruikt om een groep adolescenten aan te duiden die voldoen aan de criteria voor een angst- en/of depressieve stoornis, en die hulp hebben gezocht bij een ggz-instelling.

De *evidence-based* behandeling voor angst- en depressieve stoornissen is cognitieve gedragstherapie (CGT). Niettemin laten studies zien dat 10-50% van de adolescenten na behandeling nog symptomen van angst of depressie heeft (Compton et al., 2004; van der Leeden et al., 2011). Mogelijk is bij deze adolescenten sprake van complexere gezins- of individuele problemen (Davis, May, & Whiting, 2011). Om dit na te gaan, werd in dit onderzoek bezien of al voordat therapie heeft plaatsgevonden een samenhang bestaat tussen negatieve aandachtsbias en coping van de adolescent, gehechtheidsrepresentaties van de adolescent over de relatie met ouders, en de ernst van symptomatologie. Vergeleken werden een groep adolescenten die zich bij een ggz-instelling hadden aangemeld met angst- en/of depressieklachten (in dit onderzoek aangeduid als adolescenten met een klinische depressie), een groep adolescenten met een geschiedenis van seksueel misbruik, en een niet-klinische controlegroep.

Van zowel volwassenen als adolescenten met angst- en/of depressieve stoornissen is bekend dat zij negatieve informatie meer aandacht geven dan positieve informatie (Garber & Weersing, 2010). Zo blijken zij gevoeliger voor het signaleren en onthouden van emotioneel beladen informatie dan gezonde leeftijdgenoten (Bar-Haim, Lamy, Pergamin, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, 2007). Zij richten hun aandacht langer op negatieve woorden en op angstige gezichtsexpressies (Hankin, Gibb, Abela, & Flory, 2010; Pine et al., 2005), en melden een hogere mate van angst bij het kijken naar deze stimuli dan gezonde leeftijdgenoten (McClure et al., 2007). In de onderzoeksliteratuur wordt dit een negatieve aandachtsbias genoemd (Bar-Haim et al., 2007).

Ook in hun wijze van denken blijken adolescenten met angst- en depressieklachten meer dan hun leeftijdgenoten gericht te zijn op negatieve gevoelens in reactie op stressvolle gebeurtenissen (Rood, Roelofs, & Bijttebier, 2012). Zo maken zij vaker dan anderen gebruik van de cognitieve copingstrategieën

rumineren, catastroferen en zichzelf de schuld geven (Legerstee, Garnefski, Verhulst, & Utens, 2011). Rumineren is het voortdurend denken over gevoelens en gedachten naar aanleiding van een gebeurtenis; bij een catastroferende denkstijl denkt men steeds terug aan hoe verschrikkelijk een gebeurtenis is geweest; en zichzelf de schuld geven verwijst naar het herhaaldelijk terugdenken aan de mogelijke fouten die men heeft gemaakt (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001). Deze drie strategieën blijken ook samen te hangen met de mate van symptomen van angst en depressie bij zowel adolescenten als volwassenen (Garnefski, Legerstee, Kraaij, van den Kommer, & Teerds, 2002b).

Over het algemeen wordt een veilige, hechte relatie met ouders als belangrijke basis beschouwd voor de sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen en adolescenten. Daarbij zijn veiligheid en steun van ouders bepalend voor hoe hun kind zich aan hen hecht (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978; Bowlby, 1969). Door positieve ervaringen van veiligheid en steun ontwikkelt het kind positieve ideeën, gevoelens en gedragingen over deze relaties, en kan men daardoor spreken van een veilige gehechtheidsrepresentatie van het kind (George, Kaplan, & Main, 1985). Gehechtheidsrepresentaties bij adolescenten kunnen in kaart gebracht worden met een aangepaste versie van het Adult Attachment Interview (AAI) (George et al., 1985; van IJzendoorn et al., 1991). Naast een veilige gehechtheidsrepresentatie zijn met het AAI drie onveilige gehechtheidsrepresentaties te onderscheiden: gepreoccupeerd, gereserveerd en gedesorganiseerd. Mensen met een gepreoccupeerde gehechtheidsrepresentatie vertellen met sterke, vaak negatieve emoties over hun vroege relatie met ouders. Gereserveerd gehechte personen vertellen hierover juist met veel emotionele distantie, bagatelliseren negatieve ervaringen, of hebben moeite om deze op te halen. Een gedesorganiseerde gehechtheidsrepresentatie kenmerkt zich door onverwerkt verlies of trauma, of door de aanwezigheid van tegenstrijdige gehechtheidsrepresentaties (zie ook: Steele & Steele, 2008).

Hoewel het AAI in aangepaste vorm ook goed toepasbaar is voor onderzoek bij adolescenten (Beijersbergen, 2007), is er opvallend genoeg nog weinig onderzoek gedaan naar de prevalentie van gehechtheidsrepresentaties in klinische en niet-klinische adolescentengroepen (van Hoof, van Lang, Speekenbrink, van IJzendoorn, & Vermeiren, 2015). Uit een meta-analyse van Bakermans-Kranenburg en van IJzendoorn (2009) komt naar voren dat in een gezonde populatie adolescenten (12 studies, N = 617) de gehechtheidsrepresentaties als volgt zijn verdeeld: 44% veilig, 34% gereserveerd, 11% gepreoccupeerd en 11% gedesorganiseerd. In vergelijking met een normgroep van jonge volwassen moeders uit dezelfde meta-analyse (N = 748; 56% veilig, 16% gereserveerd, 9% gepreoccupeerd, en 18% gedesorganiseerd) valt op dat bij adolescenten de gereserveerde gehechtheidsrepresentatie vaker voorkomt en de gedesorganiseerde gehechtheidsrepresentatie minder vaak. De auteurs concluderen dat adolescenten mogelijk vaker gereserveerd gehecht zijn, omdat zij proberen los te komen van ouders en nog meer autonomie

moeten ontwikkelen. Daarnaast hebben adolescenten minder vaak trauma of verlies meegemaakt, waardoor zij mogelijk minder vaak gedesorganiseerd gehecht zijn dan volwassenen. In een recent gepubliceerd onderzoek van van Hoof et al. (2015), met dezelfde twee klinische groepen en een niet-klinische controlegroep als in onderhavig onderzoek, is gebleken dat de gereserveerde gehechtheidsrepresentatie net zo vaak voorkomt bij adolescenten in de niet-klinische controlegroep als bij adolescenten met een klinische depressie. Adolescenten met een geschiedenis van seksueel misbruik onderscheiden zich van de andere twee groepen doordat deze adolescenten vaker gedesorganiseerd gehecht zijn. Geen van de adolescenten blijkt gepreoccupeerd gehecht te zijn. Dit is opvallend, aangezien in de enkele studies uitgevoerd bij adolescenten met klinische symptomen die variëren van angst en depressie tot gedragsproblemen (voor een overzicht, zie: Allen, 2008), een gepreoccupeerde gehechtheidsrepresentatie juist lijkt samen te hangen met symptomen van angst en depressie, en de gereserveerde gehechtheidsrepresentatie met gedragsproblemen en misbruik van verdovende middelen.

Hoewel men veronderstelt dat gehechtheidsrepresentaties invloed hebben op cognitieve processen als aandacht en informatieverwerking (Main, Kaplan, & Cassidy, 1985; Schore, 2000), is nog nauwelijks bekend in hoeverre de gehechtheidsrepresentaties van adolescenten samenhangen met het hebben van een negatieve aandachtsbias of inadequate copingstrategieën. Deze bias en vaardigheden kunnen iets zeggen over de manier waarop adolescenten hun emoties reguleren. Voor zover bekend is er slechts één onderzoek gedaan naar de samenhang tussen gehechtheidsrepresentaties en emotieregulatie bij gezonde adolescenten. In een groep van 40 adolescenten (11-16 jaar) vergeleken Escobar et al. (2013) de negatieve aandachtsbias van een groep veilig gehechte adolescenten ($n = 20$) met die van een groep onveilig (gereserveerd en gepreoccupeerd) gehechte adolescenten ($n = 20$). Uit hun onderzoek kwam naar voren dat onveilig gehechte adolescenten meer aandachtsbias voor negatieve stimuli laten zien, met name bij het zien van gezichtsexpressies, dan veilig gehechte adolescenten. Deze resultaten komen overeen met die van studies bij volwassenen, waarin eveneens naar voren komt dat volwassenen met een onveilige (gepreoccupeerde of gereserveerde) gehechtheidsrepresentatie minder efficiënt zijn in het verwerken en onthouden van negatieve emotionele stimuli dan veilig gehechte volwassenen (Fraleigh, Niedenthal, Marks, Brumbaugh, & Vicary, 2006; Niedenthal, Brauer, Robin, & Innes-Ker, 2002; Zeijlmans van Emmichoven, van IJzendoorn, de Ruiter, & Brosschot, 2003).

In dit onderzoek wordt nagegaan hoe de relatie is tussen een negatieve aandachtsbias en coping als indicatie voor emotieregulatie bij twee klinische adolescentengroepen en een niet-klinische controlegroep, hun gehechtheidsrepresentatie, en de ernst van hun angst- en depressieklachten. Er is onderzocht of er verschillen zijn in emotieregulatie en gehechtheidsrepresentatie tussen adolescenten met een klinische depressie, een groep adolescenten

met een geschiedenis van seksueel misbruik, en een niet-klinische controlegroep. Uit recent onderzoek (van Hoof et al., 2015) weten we dat er weinig verschillen zijn in gehechtheidsrepresentatie tussen adolescenten met een klinische depressie en adolescenten in de niet-klinische controlegroep, en dat de gedesorganiseerde gehechtheidsrepresentatie oververtegenwoordigd is in de groep adolescenten die seksueel misbruik hebben meegemaakt. We verwachten dat een gedesorganiseerde gehechtheidsrepresentatie gepaard gaat met een ernstigere verstoring in aandachtsbias en coping, en mogelijk een sterkere mate van angst- en depressieklachten, dan de veilige en gereserveerde gehechtheidsrepresentatie. We verwachten eveneens een lichte verstoring in aandachtsbias en coping in de groep adolescenten met een klinische depressie, ten opzichte van de niet-klinische controlegroep. Binnen de klinische onderzoeksgroepen verwachten we tenslotte meer verstoring in aandachtsbias en coping naarmate de angst- en depressieklachten ernstiger zijn. Door meer inzicht in de samenhang tussen negatieve aandachtsbias, coping, gehechtheidsrepresentaties en symptomen van angst en depressie, verwachten we te kunnen beschrijven hoe de groep adolescenten met een angst- en/of depressieve stoornis zich hierin onderscheidt van de andere twee groepen adolescenten. Dit onderscheid speelt mogelijk een rol bij het in stand blijven van angst- en depressieklachten, en bij de mate van therapieresistentie in deze doelgroep, en verdient in dat geval meer aandacht bij de behandeling van angst- en depressieve stoornissen.

METHODEN

.....

Onderzoeksgroep

.....

Dit onderzoek vond plaats als *baseline* in het kader van het EPISCA-onderzoek, een longitudinale fMRI-studie met als vraagstelling: Hoe verwerken adolescenten met een klinische depressie en adolescenten met een geschiedenis van seksueel misbruik emoties in de hersenen, in vergelijking met een niet-klinische controlegroep? Op welke manier verandert deze emotieverwerking na reguliere behandeling? (Zie onder anderen: Aghajani et al., 2014; van den Bulk et al., 2013; Rinne-Albers et al., 2015; van Hoof et al., 2015.) De adolescenten met een klinische depressie (DEP-groep) en de adolescenten met een geschiedenis van seksueel misbruik (ST-groep) zijn geworven via de poliklinieken van Curium-LUMC en GGZ Kinderen en Jeugd Rivierduinen, respectievelijk het Psychotraumacentrum van GGZ Kinderen en Jeugd, en het Kinder- en Jeugd Trauma Centrum Haarlem. De niet-klinische controlegroep is via advertenties geworven.

Voor de adolescenten in beide klinische groepen gold dat zij in aanmerking moesten komen voor een reguliere poliklinische behandeling, met eventueel

gebruik van een stabiele dosis medicatie. Verder moesten zij tussen de 12 en 20 jaar oud zijn, een geschat IQ van 80 of hoger hebben, rechtshandig zijn, en vrij zijn van middelenmisbruik en van lichamelijke, neurologische of psychische beletsels die deelname aan MRI-onderzoek verhinderden. Voor adolescenten in de DEP-groep gold daarnaast dat zij in aanmerking kwamen voor poliklinische CGT, vanwege een door een behandelaar vastgestelde klinische diagnose volgens de DSM-IV van een angst- en/of depressieve stoornis (American Psychiatric Association, 2000). Bovendien mochten zij geen seksueel misbruik hebben meegemaakt. Voor adolescenten in de ST-groep gold dat zij in aanmerking kwamen voor traumabehandeling of reguliere, stabiliserende zorg vanwege seksueel misbruik door één of meer ouders binnen of buiten de familie (zie van Hoof et al., 2015). Adolescenten in de niet-klinische controlegroep (CNTR) mochten tijdens het onderzoek en in hun voorgeschiedenis geen ernstige symptomen van DSM-IV-stoornissen hebben ervaren, niet eerder voor psychische problemen zijn behandeld en geen ernstige traumatische ervaringen hebben meegemaakt.

In het onderzoek zijn uiteindelijk 68 van de 82 adolescenten op T1 geïncludeerd (leeftijd: $M = 15.88$; $SD = 1.80$), met $N = 24$ in de DEP-groep, $N = 18$ in ST-groep en $N = 26$ in de CNTR-groep. Veertien adolescenten zijn geëxcludeerd, omdat informatie van de meetinstrumenten onvolledig was ten aanzien van negatieve aandachtsbias of cognitieve coping (6, allen uit de klinische groepen) en gehechtheidsrepresentatie (6, van wie 3 uit de klinische groepen). Deze 14 adolescenten (6 uit de DEP-groep, 4 uit de ST-groep en 4 uit de CNTR-groep) verschilden niet van de 68 geïncludeerde adolescenten wat betreft gemiddelde leeftijd, IQ of ernst van symptomatologie. De overgebleven onderzoeksgroep bestond voor het merendeel uit meisjes ($N = 59$), van wie het schoolniveau varieerde van vmbo tot vwo en hbo.

Instrumenten

Intelligentie — De Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC-III-NL) is een bewerking van de Engelstalige WISC-III (Wechsler, 1991), en meet de algemene intelligentie (IQ) van kinderen van 6 tot en met 16 jaar. De Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-III-NL) is een intelligentietest voor adolescenten en volwassenen tussen de 16 en 84 jaar (Wechsler, 1997). Er werd gebruikgemaakt van de verkorte versie van zes subtests, die een betrouwbare indicatie geeft van het Totaal IQ (betrouwbaarheidscoëfficiënt $> .90$) (Crawford, Mychalkiw, Johnson, & Moore, 1996; Kaufman, Kaufman, Balgopal, & McLean, 1996).

Aanwezigheid van angst- en depressieve stoornissen — De Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS-C/P; Siebelink & Treffers, 2001; Silverman & Albano, 1996) is een semigestructureerd interview dat gebruikt wordt om

angststoornissen, mogelijke comorbide stoornissen en psychosociale stressfactoren vast te stellen bij kinderen en adolescenten van 7 tot en met 17 jaar. De ernst van iedere stoornis wordt door de interviewer vastgesteld op basis van de mate van interferentie, het aantal bevestigde symptomen volgens de DSM-IV-TR-criteria en de algehele indruk van de interviewer. De ADIS is een betrouwbaar en valide meetinstrument om DSM-IV-symptomen van angst bij kinderen te diagnosticeren (Silverman, Saavedra, & Pina, 2001). Voor het kindinterview bleek de test-hertestbetrouwbaarheid goed tot zeer goed ($K = 0.63-0.80$), net als voor het ouderinterview ($K = 0.65-0.88$).

Ernst van angst- en depressiesymptomen — De Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS; Chorpita, Yim, Moffitt, Umemoto, & Francis, 2000; Oldehinkel, 2000) is een zelfbeoordelingsvragenlijst voor kinderen van 6 tot 18 jaar die vraagt naar aanwezige kenmerken van angst- en depressieve stoornissen volgens de DSM-IV. De items (zoals: 'Ik maak me zorgen over dingen', of: 'Ik vind niets meer echt leuk') worden gescoord op basis van een vierpuntsschaal. De scores op de 47 items worden gegroepeerd naar de schalen: depressieve stoornis, gegeneraliseerde angststoornis, sociale fobie, angststoornis (NAO) en obsessieve-compulsieve (angst)stoornis. Chorpita et al. (2000) rapporteerden voldoende bewijs voor de validiteit en betrouwbaarheid van de RCADS, bij zowel een klinische als een gezonde groep adolescenten. In dit onderzoek werd de totaalscore op de RCADS gebruikt als maat voor de ernst in ervaren symptomatologie (met een Cronbach's $\alpha = .95$). Daarnaast is gebruikgemaakt van de schalen over depressie (de MDD-schaal met een Cronbach's $\alpha = .89$) en over angst (som van alle vijf de angstschalen met een Cronbach's $\alpha = .94$).

Negatieve aandachtsbias — De Emotional Faces Task (EFT) is een gezichts-herkenningstaak gebaseerd op onderzoeken van Monk et al. (2003) en Masten et al. (2008). Bij de EFT-taak werd gelet op de respons van de adolescent op portretfoto's met verschillende gezichtsuitdrukkingen: blij, neutraal en bang. De foto's werden getoond in 4 series van 21 foto's. Tijdens iedere serie werd een andere opdracht gegeven: alleen kijken naar de foto's (passief kijken), of reageren op de vragen: 'Hoe bang ben je?', 'Hoe blij ben je?', en 'Hoe breed is de neus op de foto?' De deelnemers antwoordden op deze vragen op een vierpuntsschaal. Bij het beantwoorden van de vragen werd de reactietijd van de deelnemers gemeten in milliseconden. De opdrachten werden in willekeurige volgorde aangeboden, en daarbinnen werden in willekeurige volgorde de foto's met verschillende emotionele uitdrukkingen getoond. De EFT-taak werd afgenomen tijdens de MRI-metingen. Voor een uitgebreide beschrijving van de EFT-procedure, zie van den Bulk et al. (2013). Dit onderzoek richtte zich op de mate van negatieve aandachtsbias wanneer adolescenten expliciet gevraagd werd om stil te staan bij hun negatieve gevoel van dat moment. Daarom werd gerekend met de reactietijd en met de angstscore

op de vraag: ‘Hoe bang ben jij?’ bij het zien van een angstig gezicht. Uit eerder onderzoek was naar voren gekomen dat deze conditie de sterkste emotionele reacties en hoogste reactietijden uitlokte (zie: van den Bulk et al., 2014).

Cognitieve coping — De Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) is een zelfbeoordelvingsvragenlijst (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2002a). Hij meet de cognitieve coping in reactie op negatieve levensgebeurtenissen bij adolescenten vanaf 12 jaar, met 36 items in 9 schalen: jezelf de schuld geven, accepteren, rumineren, concentreren op positieve zaken, concentreren op planning, positief herinterpreteren, relativieren, catastroferen en anderen de schuld geven. De interne consistenties van de CERQ-schalen variëren van .68 tot .83 in een groep gezonde adolescenten, en van .72 tot .85 in een klinische groep adolescenten (Garnefski et al., 2002c). De convergente en de discriminerende validiteit van de CERQ zijn aangetoond in de relatie met angst en depressie in een algemene populatie adolescenten (Garnefski et al., 2001). In dit onderzoek werd alleen gebruikgemaakt van de scores op de drie cognitieve copingstrategieën rumineren (Cronbach’s $\alpha = .87$), catastroferen (Cronbach’s $\alpha = .85$) en zichzelf de schuld geven (Cronbach’s $\alpha = .84$).

Gehechtheidsrepresentatie — De Nederlandse vertaling van het Adult Attachment Interview (AAI; George et al., 1985; van IJzendoorn et al., 1991) werd gebruikt in een voor adolescenten aangepaste versie (Beijersbergen, 2007). Het is een semigestructureerd interview over hoe adolescenten aankijken tegen de huidige relatie met hun ouders en hoe zij die relatie hebben ervaren in hun kindertijd. Op basis van de antwoorden van de adolescenten kunnen gehechtheidsrepresentaties worden geclassificeerd als veilig-autonoom (F), onveilig-gereserveerd (Ds) of onveilig-gepreoccupeerd (E). Daarbovenop kan een gedesorgeriseerde gehechtheidsrepresentatie voorkomen op basis van onverwerkt verlies of trauma (Ud), of op basis van tegenstrijdige gehechtheidsrepresentaties voor één of beide ouders (de *cannot-classify*-categorie, CC). In dit onderzoek zijn Ud en CC samengenomen onder de noemer van Ud. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat het AAI een krachtig middel is om de gehechtheidsrelatie met ouders en belangrijke anderen te voorspellen (Allen, 2008; Lyons-Ruth, Dutra, Schuder, & Bianchi, 2006; Steele, Steele, & Fonagy, 1996). In eerder onderzoek is aangetoond dat het AAI voldoende stabiel is, met test-hertestcorrelaties tussen .51 en .79 (Allen, McElhaney, Kuperminc, & Jodl, 2004; Zimmermann & Becker-Stoll, 2002). In het EPISCA-onderzoek werd het AAI afgenomen door ervaren interviewers. Er werden video- en geluidsopnames gemaakt. Aan de hand van deze opnames werden de interviews getranscribeerd en tweemaal gecodeerd door twee hierin getrainde codeurs. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid in dit onderzoek was 70%-90% ($K = .59 - .62$) (van Hoof et al., 2015).

Procedure

Het fMRI-onderzoek is in 2008 goedgekeurd door de medisch-ethische commissie van het Leids Universitair Medisch Centrum. Alle deelnemers en hun ouders hebben voor deelname schriftelijk toestemming gegeven. De ADIS is bij alle deelnemers afgenomen om gestructureerd na te gaan of deelnemers aan de criteria van een DSM-IV-stoornis voldeden. In dit onderzoek zijn alleen gegevens van T1 gebruikt. De adolescenten uit alle drie de groepen en hun ouders werden voorafgaand aan de MRI-scan op het LUMC uitgenodigd voor afname van beide interviews (ADIS en AAI) en het intelligentieonderzoek bij de adolescent. De vragenlijsten (RCADS en CERQ) werden veelal thuis door de jongeren op papier ingevuld. De EFT is tijdens de MRI-scan afgenomen.

Analyses

Bij de statistische analyses werd gebruikgemaakt van IBM SPSS Statistics, versie 20. Allereerst is aan de hand van een ANOVA nagegaan of er tussen de drie groepen verschillen waren in leeftijd, IQ, en ernst van angst- en depressiesymptomatologie, zoals gemeten met de RCADS (totale angstscore en totale depressiescore). Vervolgens is nagegaan of de drie groepen van elkaar verschilden qua emotieregulatie. Ten aanzien van de EFT is de ANOVA toegepast om groepsverschillen te onderzoeken wat betreft de reactietijden bij het reageren op de vraag: 'Hoe bang ben jij?' met behulp van de *least significant difference* (LSD). Ten aanzien van de EFT en de CERQ is de non-parametrische Kruskal-Wallistoets gebruikt om groepsverschillen te onderzoeken wat betreft EFT-scores en wat betreft de drie copingstrategieën. Hierna is met de Mann-Whitneytoets nagegaan hoe de drie groepen van elkaar verschilden. Daarna is met behulp van kruistabellen beschreven hoe de verdeling in geslacht, ADIS-classificatie, medicatie en gehechtheidsrepresentaties per groep was. Verschillen tussen de drie groepen in aanwezigheid van veilige versus onveilige gehechtheidsrepresentaties werden getoetst met een Chi-kwadraattoets. Ten slotte is de samenhang tussen emotieregulatie, gehechtheidsrepresentatie en ernst in symptomatologie onderzocht bij alleen de adolescenten van de beide klinische groepen (N = 42). Eerst zijn Spearman-rangcorrelaties berekend tussen de scores op de RCADS, CERQ en EFT. Vervolgens is bekeken of er een verschil was tussen de klinische adolescenten met een veilige gehechtheidsrepresentatie (F) versus onveilige gehechtheidsrepresentatie (Ds, Ud) wat betreft de ernst van symptomen (RCADS) en EFT-reactietijd. Dit gebeurde met behulp van een ANOVA, en qua emotieregulatie (CERQ en EFT) met behulp van de Mann-Whitneytoets.

Resultaten

Groepskenmerken — Zoals verwacht verschilde de groep DEP niet van de groepen ST en CNTR op gebied van leeftijd, geslacht en IQ (zie tabel 1). De groep ST daarentegen had een hogere gemiddelde leeftijd ($F(2,65) = 3.47, p = .04$) en een lager IQ dan de groep CNTR ($F(2,65) = 4.23, p = .02$). Beoordeeld met de ADIS was er bij 23 van de 24 adolescenten in de DEP-groep sprake van een angst- en/of depressieve stoornis. Negen adolescenten in de DEP-groep voldeden ook aan PTSS-criteria omdat ze ooit gepest of lichamelijk mishandeld waren, of een verkeersongeluk hadden meegemaakt. Bij geen van hen was sprake van traumata die waren gerelateerd aan seksueel misbruik. In de ST-groep voldeden alle adolescenten aan de PTSS-criteria gerelateerd aan het seksueel misbruik. Daarnaast voldeden 17 van de 18 adolescenten van de ST-groep ook aan de criteria van een of meerdere angst- en/of depressieve stoornissen.

In beide klinische groepen voldeed een van de adolescenten aan de inclusiecriteria van een klinische diagnose van respectievelijk een angst- en/of depressieve stoornis en PTSS, maar beide adolescenten voldeden op de ADIS net niet aan de criteria van de interferentiescore. Op de RCADS lieten de DEP-groep en de ST-groep beide significant hogere scores zien dan de CNTR-groep op de totaalscore ($F(2,65) = 19.19, p < .001$), de depressiescore ($F(2,65) = 19.06, p < .001$) en de totale angstscore ($F(2,65) = 15.78, p < .001$). De groepen DEP en ST verschilden hier niet significant van elkaar.

Negatieve aandachtsbias — Er is een significant groepsverschil gevonden in de reactietijd van de EFT op het beantwoorden van de vraag: ‘Hoe bang ben jij?’ tijdens het bekijken van een angstig gezicht ($F(2,65) = 6.26, p < .001$). Uit de post-hoc analyse bleek dat de reactietijden van de groep DEP ($M = 1346, SD = 282$ ms) en de groep CNTR ($M = 1449, SD = 292$ ms) sneller waren dan die van de groep ST ($M = 1667, SD = 310$ ms; $p < .001$). Er werd geen significant verschil gevonden tussen de DEP-groep en de CNTR-groep ($p = 0.43$). Ook wat betreft de EFT-angstscore op de vraag: ‘Hoe bang ben jij’ bij het zien van een angstig gezicht was er sprake van een significant groepsverschil ($H(2) = 6.94, p = .03$). De DEP- en ST-groepen hadden gemiddeld een hogere score dan de CNTR-groep (respectievelijk $U = 200,5, p = .03$ en $U = 139,5, p = .02$). Er was geen significant verschil in angstscore tussen de DEP-groep en de ST-groep.

Cognitieve coping — Op de CERQ was er een significant groepsverschil op de schalen catastroferen ($H(2) = 19.40, p < .001$) en rumineren ($H(2) = 7.77, p = .02$), maar niet op de schaal zichzelf de schuld geven ($H(2) = 4.40, p = .11$). Op de Mann-Whitneytoets bleek dat de groep DEP een hogere score had op

TABEL 1 Groepskenmerken (N = 68)

	DEP (n = 24)	ST (n = 18)	CNTR (n = 26)	Groeps- verschillen*
Aantal meisjes	21 (88%)	16 (89%)	22 (85%)	
Gemiddelde leeftijd in maanden	193 (SD 17)	199 (SD 26)	183 (SD 20)	ST > CNTR
Gemiddeld IQ	105 (SD 10)	99 (SD 9)	106 (SD 7)	ST < CNTR
Aantal met angst- en/of depressieve stoornis ADIS	23 (96%)	17 (94%)	-	
Aantal met PTSS volgens ADIS	9 (38%)	17 (94%)	-	
Aantal met stabiel gebruik SSRI-medicatie	2 (8%)	2 (11%)	-	
Aantal met stabiel gebruik medicatie overig	3 (13%)	2 (11%)	-	
Verdeling veilig – onveilig gehecht (F: non-F)	10:14	2:16	14:12	
Aantal gereserveerd gehecht (Ds)	10 (42%)	7 (38%)	11 (42%)	
Aantal gedesorganiseerd gehecht (Ud)	4 (17%)	9 (50%)	1 (4%)	
Gemiddelde score RCADS:				
Totaal	43.4 (SD 18.2)	42.6 (SD 17.7)	17.9 (SD 12.8)	ST = DEP > CNTR
Angst	32.1 (SD 14.4)	31.7 (SD 13.3)	13.9 (SD 10.9)	ST = DEP > CNTR
Depressie	11.3 (SD 5.3)	10.8 (SD 5.1)	4.0 (SD 3.1)	ST = DEP > CNTR

Gemiddelde score CERQ:					
Zelf schuld	9.7 (SD 3.7)	9.3 (SD 5.1)	7.3 (SD 2.4)		
Rumineren	10.5 (SD 4.6)	11.3 (SD 3.8)	8.0 (SD 3.6)		ST > CNTR
Catastroferen	7.7 (SD 4.1)	8.5 (SD 4.0)	4.8 (SD 1.7)		ST = DEP > CNTR
Gemiddelde reactietijd EFT (ms)	1346 (SD 283)	1667 (SD 310)	1449 (SD 292)		ST > DEP = CNTR
Gemiddelde angstscore EFT	2.1 (SD 0.8)	2.1 (SD 0.8)	1.6 (SD 0.6)		ST = DEP > CNTR

Noot: DEP = Klinische depressiegroep; ST = Seksueel Traumagroep; CNTR = Controlegroep; IQ = Totaal IQ gemeten met de WISC-III; SD = Standaarddeviatie, ms = milliseconden; * significantie $p < 0.5$

TABEL 2 Spearman-correlaties tussen RCADS, CERQ en EFT in beide klinische adolescentengroepen (N = 42)

	CERQ rum	CERQ schuld	CERQ cat	EFT RT	EFT score	RCADS totaal	RCADS angst	RCADS dep
CERQ rum	-							
CERQ schuld	.41**	-						
CERQ cat	.82**	.39**	-					
Reactietijd EFT	.02	-.14	.07	-				
Angstscore EFT	.16	.22	.19	.23	-			
RCADS totaal	-.57**	.53**	.49**	.04	-.00	-		
RCADS angst	-.59**	.46**	.51**	.11	.05	.96**	-	
RCADS depressie	.44**	.55**	.36*	.00	-.02	.86**	.71**	-

Noot: Spearman-rangcorrelaties; *p < .01 **p < .001; rum = rumineren, schuld = zichzelf de schuld geven, cat = catastroferen, RT = reactietijd, score = angstscore

catastroferen dan de groep CNTR ($U = 138.00, p < .001$). Daarnaast was er een tendens voor een hogere score in de groep DEP op de schaal rumineren, zij het niet significant ($U = 215.50, p = .06$). De groep ST had hogere scores dan de groep CNTR op zowel rumineren ($U = 120.50, p = .01$) als catastroferen ($U = 75.00, p < .001$). Er werden geen significante verschillen gevonden tussen de DEP-groep en de ST-groep.

Gehechtheidsrepresentatie — Tabel 1 geeft de verdeling van de gehechtheidsrepresentaties per groep in percentages weer. Opvallend is dat de gepreoccupeerde gehechtheidsrepresentatie (E) in geen van de groepen voorkwam. In de groep DEP en CNTR hadden ongeveer evenveel adolescenten een veilige als een onveilig-gereserveerde representatie. De veilige gehechtheidsrepresentatie kwam vaker voor in de groep DEP dan in de groep ST ($\chi^2(1, N = 42) = 4.71, p = .04$). De gedesorganiseerde gehechtheidsrepresentatie (Ud) kwam vaker voor in de groep ST dan in de groep DEP en de groep CNTR, wat door het kleine aantal niet nader getoetst kon worden.

Samenhang tussen aandachtsbias, coping, gehechtheidsrepresentatie en symptomatologie — In tabel 2 staan de Spearman-rangcorrelaties tussen de uitkomsten op de CERQ-, EFT- en RCADS-schalen. Hieruit blijkt dat alle drie de CERQ-schalen significant positief samenhangen met de RCADS-schalen. Vervolgens zijn de scores op de RCADS, de CERQ en de angstscore en reactietijd van de EFT van de adolescenten met een veilige gehechtheidsrepresentatie (F; $N = 12$) vergeleken met de adolescenten met een onveilige gehechtheidsrepresentatie (Ds, Ud; $N = 30$) in de beide klinische groepen. Op geen van deze uitkomsten was er een significant groepsverschil.

DISCUSSIE

.....

In dit onderzoek werd onderzocht of er een samenhang bestaat tussen negatieve aandachtsbias, cognitieve coping, gehechtheidsrepresentatie en ernst in angst- en depressiesymptomen in adolescenten met een klinische depressie ten opzichte van een groep adolescenten die seksueel misbruik heeft meegemaakt en een niet-klinische controlegroep.

De groep adolescenten met een klinische depressie verschilde wat betreft leeftijd, geslacht en IQ niet van de overige twee groepen. De klinische groepen vertoonden zoals verwacht meer symptomen van angst en depressie dan de niet-klinische controlegroep. Onderling verschilden de klinische groepen echter niet in ernst van symptomatologie.

Wat betreft de *gehechtheidsrepresentaties* in de verschillende groepen, bleken de adolescenten met een klinische depressie niet vaker onveilig (gepreoccupeerd, gereserveerd of gedesorganiseerd) gehecht te zijn dan leeftijdgenoten in de niet-klinische controlegroep, zoals ook werd beschreven in een

eerder artikel met dezelfde onderzoekspopulatie (van Hoof et al., 2015). In lijn met eerder onderzoek naar gehechtheidsrepresentaties bij kinderen en volwassenen (Brumariu & Kerns, 2010; Stovall-McClough & Cloitre, 2006), en bij adolescenten (Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2009), kwam de gedesorgeriseerde gehechtheidsrepresentatie in dit onderzoek vaker voor bij de adolescenten die seksueel misbruik hebben meegemaakt dan in de overige twee groepen (50% ST, versus 17% DEP en 4% CNTR).

Op het gebied van *negatieve aandachtsbias en cognitieve coping* bleken beide klinische groepen zoals verwacht meer verstoringen te vertonen dan de niet-klinische controlegroep. Daarbij werden overeenkomsten gevonden tussen adolescenten met een klinische depressie en adolescenten met PTSS na ervaringen van seksueel misbruik. Zo maakten beide klinische adolescentengroepen meer gebruik van de copingstrategieën rumineren en catastroferen dan de adolescenten uit de niet-klinische controlegroep. Kennelijk houden negatieve gedachten de aandacht vast in deze groepen. Dit komt overeen met wat in studies bij adolescenten is gevonden (Legerstee et al., 2011; Zeijl, de Beurs, & de Roos, 2010). De adolescenten met een geschiedenis van seksueel misbruik waren in dit onderzoek het sterkst geneigd tot rumineren in vergelijking met de twee andere groepen. In het onderzoek van Zeijl et al. (2010) werd voor deze schalen, naast zichzelf de schuld geven en accepteren, bovendien een positieve samenhang gevonden met de ernst van PTSS-klachten.

Daarnaast was in beide klinische groepen sprake van een negatieve aandachtsbias ten opzichte van de niet-klinische controlegroep: de adolescenten uit beide klinische groepen rapporteerden een hogere mate van angst bij het zien van angstige gezichtsexpressies dan een niet-klinische groep adolescenten. Dit is in overeenstemming met resultaten uit *neuro-imaging*-studies bij adolescenten met angst- en/of depressieve stoornissen (Masten et al., 2008; McClure et al., 2007; Monk et al., 2003; Pine et al., 2005). Deze resultaten zouden kunnen wijzen op deels vergelijkbare verstoringen in aandachtsbias bij adolescenten met angst- en/of depressieve stoornissen, en adolescenten met PTSS na een geschiedenis van seksueel misbruik, in ieder geval wanneer de aandacht wordt gericht op de eigen angst. Dit is al wel onderzocht bij adolescenten met angst- en depressieve stoornissen (Beesdo et al., 2009; van den Bulk et al., 2014), maar niet in vergelijking met adolescenten met een geschiedenis van traumatische ervaringen, zoals seksueel misbruik (Rinne-Albers, van der Wee, Lamers-Winkelmann, & Vermeiren, 2013).

Er is tussen de twee klinische groepen ook een verschil gevonden in de mate van negatieve aandachtsbias. De adolescenten met een geschiedenis van seksueel misbruik lieten een significant *tragere* reactietijd zien ten opzichte van adolescenten met een klinische depressie en van adolescenten in de niet-klinische controlegroep. Bij adolescenten met een klinische depressie is in dit onderzoek tegen verwachting in geen afwijkende reactietijd gevonden ten opzichte van adolescenten in de niet-klinische controlegroep. Dit is in strijd met eerder onderzoek, waarbij zowel adolescenten met angst- en/of

depressieve stoornissen (Bar-Haim et al., 2007; Gotlib et al., 2004; Hankin et al., 2010; Monk et al., 2008), als kinderen en adolescenten (8-15 jaar) met een geschiedenis van mishandeling, een *snellere* reactietijd vertoonden bij het zien van angstige gezichten (Masten et al., 2008). Dit verschil zou verklaard kunnen worden doordat de reactietijden werden gemeten met vergelijkbare taken als de EFT, maar in andere condities, zoals passief kijken (Monk et al., 2008) en het herkennen van de emotie op de foto (Masten et al., 2008). Binnen dit onderzoek hebben we ervoor gekozen om te kijken naar de conditie met een focus op de eigen angst. Het feit dat in deze conditie een verschil in reactietijd zichtbaar is tussen de twee klinische onderzoeksgroepen zou erop kunnen wijzen dat de aandachtsbias bij adolescenten die mishandeling of misbruik hebben meegemaakt op een andere manier verstoord raakt wanneer hun wordt gevraagd passief te kijken dan wanneer hun wordt gevraagd de aandacht te richten op de eigen emoties of op die van de ander. Zo kan er sprake zijn van verhoogde aandacht voor mogelijke dreiging bij het zien van angst bij een ander, wat leidt tot sneller reageren om gevaar voor zichzelf zo veel mogelijk te vermijden (Masten et al., 2008). Bij de focus op de eigen angst ervaart men daarentegen mogelijk eerder dreigend gevaar voor zichzelf en een dreigend controleverlies, wat leidt tot vertraagde reacties. Nader onderzoek naar dit onderscheid zou mogelijk meer zicht kunnen geven op de werkzame elementen van effectieve traumabehandelingen met een hoge focus op de eigen emotie, zoals *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR). In de groep adolescenten met een klinische depressie is dit onderscheid volgens de resultaten van dit onderzoek niet evident. Hoewel zij wel een hogere mate van angst rapporteren dan leeftijdgenoten in een niet-klinische controlegroep, lijken zij daarbij niet meer ontregeld te raken dan leeftijdgenoten, en vergelijkbaar te presteren op de aandachtstaak. Dit lijkt te bevestigen dat de gereserveerde gehechtheidsrepresentatie minder problematisch is voor de emotionele ontwikkeling dan de gedesorganiseerde gehechtheidsrepresentatie (Hesse & Main, 2000).

Wat betreft de *samenhang* tussen negatieve aandachtsbias, cognitieve coping en de mate van angst- en depressiesymptomen, blijkt uit dit onderzoek dat alleen cognitieve coping positief samenhangt met de mate van symptomen van angst en depressie. Er werd geen samenhang gevonden tussen negatieve aandachtsbias en symptomen van angst en depressie. Wat betreft de samenhang van gehechtheidsrepresentatie met aandachtsbias, coping en de mate van symptomen, blijkt dat adolescenten met een klinische depressie niet verschilden van adolescenten in een niet-klinische controlegroep op het gebied van gehechtheidsrepresentaties. Dit lijkt erop te wijzen dat in deze leeftijdsgroep een veilige of gereserveerde gehechtheidsrepresentatie (nog) niet samenhangt met de mate van symptomen van angst en depressie, en dus niet per definitie gezien kan worden als oorzakelijke of in stand houdende factor in het ontwikkelen van angst- en depressieve klachten. Uit longitudinaal onderzoek is gebleken dat de gedesorganiseerde gehechtheidsrepresentatie

een risicofactor is voor het ontwikkelen van emotionele problemen (Brumariu & Kerns, 2010; Groh, Roisman, van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, & Fearon, 2012). Dit kon deels bevestigd worden in de resultaten van dit onderzoek. Adolescenten met een geschiedenis van seksueel misbruik die vaker gedesorganiseerd gehecht waren, vertoonden niet meer symptomen van angst en depressie dan adolescenten met een klinische depressie. Wel onderscheidde deze groep zich van de andere twee onderzoeksgroepen door een sterke mate van negatieve aandachtsbias en frequent gebruik van de cognitieve copingstrategie rumineren.

Klinische implicaties

In de behandeling van angst- en depressieve stoornissen komt de laatste jaren steeds meer aandacht voor één effectief en efficiënt uniform protocol voor deze stoornissen, ook bij adolescenten (Barlow et al., 2011). De resultaten van dit onderzoek lijken te bevestigen dat een belangrijke focus in deze behandeling het veranderen van denkstijl zou moeten zijn, en wel door inadequate copingstrategieën (catastroferen en rumineren) te veranderen naar meer adequate copingstrategieën, zoals het leren concentreren op positieve zaken of situaties positiever herinterpreteren (Zeijl et al., 2010). Dergelijke cognitieve herstructurering is al een belangrijk onderdeel van reguliere, evidence-based therapieën bij angst- en depressieve stoornissen, zoals CGT en EMDR.

Daarnaast zijn mogelijk nog twee andere zaken van belang die vooralsnog niet als primaire focus van behandeling in enig behandelprotocol zijn opgenomen: gehechtheidsrepresentaties en aandachtsbias. Deze processen vinden eerder buiten de bewuste aandacht van patiënten plaats en hebben mogelijk invloed op de mate van therapieresistentie. Of iemand veilig of gereserveerd gehecht is, lijkt in onderzoek bij volwassenen met angststoornissen te bepalen in welke mate hij openstaat voor communicatie over de eigen emotionele reacties op negatieve informatie, of geneigd is tot afweer van negatieve informatie (Zeijlmans van Emmichoven et al., 2003). Bij adolescenten komt de gereserveerde gehechtheidsrepresentatie weliswaar even vaak voor als de veilige gehechtheidsrepresentatie, in zowel de groep adolescenten met een klinische depressie als in de niet-klinische groep adolescenten, maar dit betekent dat nog altijd de helft van de adolescenten in de onderzochte groep mogelijk weinig openstaat voor reflectie op eigen en andermans emoties. De focus op de eigen angst lijkt bij adolescenten met een angst- en/of depressieve stoornis, of met PTSS na ervaringen met seksueel misbruik, bovendien juist meer angst op te roepen. Dit is een lastig gegeven als behandeling van angst- of depressieklachten deze reflectie juist noodzakelijk maken. Het lijkt daarom aanbevelenswaardig om bij adolescenten met symptomen van angst, depressie of trauma zowel gehechtheidsrepresentatie als negatieve aandachtsbias en cognitieve copingstrategieën expliciet te

bepalen, zeker als er aanwijzingen zijn voor weerstand tegen verandering. Dit om preciezer te kunnen bepalen welke aspecten deze weerstand kunnen onderhouden en welke focus in de therapie dus behulpzaam zou kunnen zijn. Afname van het AAI kan op zichzelf al inzichten verschaffen die behulpzaam kunnen zijn bij de therapie (Hesse, 2008; Steele & Steele, 2008), ook zonder transcriptie en codering, hoewel die laatste een genuanceerder begrip en informatie verschaffen. Behandeling gericht op het verbeteren van de gehechtheidsrelatie tussen adolescent en ouders, zoals *attachment based family therapy* (ABFT; Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, & Isaacs, 2001), blijkt effectief te zijn bij de behandeling van depressieve stoornissen (Bosmans, Vandevivere, & Krauthamer Ewing, 2013; Ewing, Diamond, & Levy, 2015). Behandeling die gericht is op het verminderen van de negatieve aandachtsbias, bijvoorbeeld *attention bias modification treatment* (ABMT; Britton et al., 2013; Linetzky, Pergamin-Hight, Pine, & Bar-Haim, 2015; Pergamin-Hight, Naim, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, & Bar-Haim, 2015), staat in Nederland in de kinderschoenen, maar lijkt een interessante therapie om nadere ervaring mee op te doen (de Voogd & Saleminck, 2014). Afgaand op de bescheiden resultaten van dit onderzoek lijken behandelingen gericht op onveilige gehechtheidsrelaties of negatieve aandachtsbias vooral een sterke meerwaarde te hebben wanneer er bij de adolescent sprake is van een gedesorganiseerde gehechtheidsrepresentatie.

Beperkingen

Dit onderzoek is het eerste waarin de samenhang tussen emotieregulatie, gehechtheidsrepresentatie en de mate van symptomen is onderzocht in verschillende klinische adolescentengroepen. Omdat het onderzoek was ingebed in een kostbare fMRI-studie naar emotieregulatieprocessen in de hersenen, waren we gebonden aan een kleine onderzoeksgroep. Hierdoor is de kans op het missen van significante bevindingen groot (Field, 2009). Bovendien was het daardoor niet mogelijk om eventuele verschillen in emotieregulatie van de vier gehechtheidsrepresentaties, of tussen de gedesorganiseerde en georganiseerd onveilige gehechtheidsrepresentaties, met elkaar te vergelijken. Verder bestond de groep uit voornamelijk meisjes, waardoor bij generalisatie naar een algemene groep adolescenten voorzichtigheid geboden is. Ook was de leeftijdsrange binnen de onderzoeksgroep relatief groot, waardoor er geen onderscheid gemaakt kon worden tussen adolescenten in de vroege of late adolescentiefase. Gezien de grote veranderingen in de beleving van emoties en van relaties binnen en buiten het gezin gedurende de adolescentie (Beijersbergen, 2007; Helsen, 2001) zou het interessant zijn om in toekomstig onderzoek de mogelijke invloed van leeftijd op gehechtheidsrepresentatie en emotieregulatie nader te onderzoeken.

Aangezien de adolescentiefase wordt gekenmerkt door een groeiende autonomiebehoefte en een grotere gerichtheid op sociale relaties buiten het

gezin, is het alleen onderzoeken van gehechtheidsrepresentaties met ouders mogelijk te beperkt voor deze leeftijdsgroep. In toekomstig onderzoek zouden de gehechtheidsrepresentaties met belangrijke anderen buiten het gezin, zoals leerkrachten en vrienden, kunnen worden meegenomen (Kriss, Steele, & Steele, 2012; Rosenthal & Kobak, 2010; Wilkinson, 2011).

Een laatste beperking is dat de samenhang tussen emotieregulatie, gehechtheidsrepresentatie en ernst in symptomen in dit onderzoek alleen crosssectioneel is onderzocht. Teneinde iets te leren over causale relaties is het vereist om in beide klinische adolescentengroepen longitudinaal te onderzoeken of een onveilig-gedesorganiseerde of gereserveerde gehechtheidsrepresentatie samenhangt met behandelduur of behandeluitkomst, en in hoeverre emotieregulatieprocessen en gehechtheidsrepresentatie zich ontwikkelen gedurende de behandeling en/of gedurende de leeftijdsfase van de vroege en late adolescentie.

Sandra Speekenbrink is als klinisch psycholoog verbonden aan GGNet Jeugd, Kruisbergseweg 29, 7009 BL Doetinchem.

Marie-José van Hoof is als kinder- en jeugdpsychiater, orthopedagoge en onderzoeker verbonden aan GGZ Kinderen en Jeugd Rivierduinen, Sandifortdreef 19, 2333 ZZ Leiden en Curium-LUMC, Endegeesterstraatweg 27, 2342 AK Oegstgeest.

Natasja van Lang is senior onderzoeker/docent bij Curium-LUMC, Endegeesterstraatweg 27, 2342 AK Oegstgeest en Hogeschool Leiden, Zernikedreef 11, 2333 CK Leiden.

Robert Vermeiren is hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie, en directeur patiëntenzorg bij Curium-LUMC, Endegeesterstraatweg 27, 2342 AK Oegstgeest.

Correspondentieadres: S. Speekenbrink, GGNet Jeugd, Kruisbergseweg 29, 7009 BL Doetinchem. Telefoon 088-933 23 50. E-mail: s.speekenbrink@ggnet.nl

Summary In this study the correlation between attention bias, coping, attachment representation, and severity of symptoms was compared in adolescents with clinical depression, with childhood sexual abuse, and a non-clinical control group (Ntotal = 68; aged 12-20). Such comparative research has not yet been performed in adolescents. Results showed that clinically depressed adolescents did not differ from non-clinical controls with respect to attention bias and attachment representations. Adolescents with childhood sexual abuse showed more attachment disorganization and more problems in emotion regulation than depressed adolescents. For the latter group only cognitive coping strategies were positively correlated with severity of anxiety and depressive symptoms. These results support earlier evidence that cognitive coping is an important focus of intervention in the treatment of clinical depression in adolescents, if attachment to parents is not disorganized.

Keywords: *emotion regulation, coping, attachment representation, clinical depression, childhood sexual abuse, attentional bias, adolescents*

Literatuur

- Aghajani, M., Veer, I. M., van Lang, N. D. J., Meens, P. H. F., van den Bulk, B. G., Rombouts, S. A. R. B., ... van der Wee, N. J. A. (2014). Altered white-matter architecture in treatment-naïve adolescents with clinical depression. *Psychological Medicine*, *44*, 2287-2298.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale: Erlbaum.
- Allen, J. P., McElhaney, K. B., Kuperminc, G. P., & Jodl, K. M. (2004). Stability and change in attachment security across adolescence. *Child Development*, *75*, 1792-1805.
- Allen, P. A. (2008). The attachment system in adolescence. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications* (pp. 419-435). New York: Guilford.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edition text revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2009). The first 10.000 Adult Attachment Interviews: Distributions of adult attachment representations in non-clinical and clinical groups. *Attachment & Human Development*, *11*, 223-263.
- Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2007). Threat-related attentional bias in anxious and nonanxious individuals: A meta-analytic study. *Psychological Bulletin*, *133*, 1-24.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich May, J. T. (2011). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Beesdo, K., Lau, J. Y. F., Guyer, A. E., McClure-Tone, E. B., Monk, C. S., Nelson, E. E., ... Pine, D. S. (2009). Common and distinct amygdala-function perturbations in depressed versus anxious adolescents. *Archives of General Psychiatry*, *66*, 275-285.
- Beijersbergen, M. D. (2007). *The Adult Attachment Interview: Coherence & validation in adolescents* (Dissertatie Universiteit Leiden). Veenendaal: Universal Press.
- Bosmans, G., Vandevivere, E., & Krauthamer Ewing, E. S. (2013). Attachment-Based Family Therapy (ABFT): Een evidence-based systeemtherapeutisch behandelprogramma voor depressieve adolescenten. In C. Braet & S. Bögels (Eds.), *Protocolaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten, deel 2* (pp. 419-435). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment (Vol. 1)*. New York: Basic Books.
- Britton, J. C., Bar-Haim, Y., Clementi, M. A., Sankin, L. S., Chen, G., Shechner, T., ... Pine, D. S. (2013). Training-associated changes and stability of attention bias in youth: Implications for attention bias modification treatment for pediatric anxiety. *Developmental Cognitive Neuroscience*, *4*, 52-64.
- 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*, 177-203.
- Chorpita, B. F., Yim, L. M., Moffitt, C. E., Umemoto L. A., & Francis, S. E. (2000). Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: A Revised Child Anxiety and

- Depression Scale. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 835-855.
- Compton, S. N., March, J. S., Brent, D., Albano, A. M., Weersing, V. R., & Curry, J. (2004). Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: An evidence-based medicine review. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 930-959.
- Crawford, J. R., Mychalkiw, B., Johnson, D. A., & Moore, J. W. (1996). WAIS-R short-forms: Criterion validity in healthy and clinical samples. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 638-640.
- Davis III, T. E., May, A. C., & Whiting, S. E. (2011). Evidence-based treatment of anxiety and phobia in children and adolescents: Current status and effects on the emotional response. *Clinical Psychology Review*, 31, 592-602.
- de Voogd, E. L., & Saleminck, E. (2014). Het leven van de zonnige kant bekijken: Aandachtstraining voor angst bij kinderen en jongeren. *Gedragstherapie*, 47, 86-99.
- Diamond, G. S., Reis, B. F., Diamond, G. M., Siqueland, L., & Isaacs, L. (2001). Attachment-Based Family Therapy for depressed adolescents: A treatment development study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41, 1190-1196.
- Escobar, M. J., Rivera-Rei, A., Decety, J., Huepe, D., Cardona, J. F., Canales-Johnson, A., ... Ibanez, A., (2013). Attachment patterns trigger differential neural signature of emotional processing in adolescents. *PLoS ONE*, 8, e70247. doi:10.1371/journal.pone.0070247
- Ewing, E. S., Diamond, G., & Levy, S. (2015). Attachment-Based Family Therapy for depressed and suicidal adolescents: Theory, clinical model and empirical support. *Attachment & Human Development*, 17, 136-156. doi:10.1080/14616734.2015.1006384
- Field, A., (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3d ed.). London: SAGE Publications Ltd.
- Fraley, R. C., Niedenthal, P. M., Marks, M. J., Brumbaugh, C. C., & Vicary, A. (2006). Adult attachment and the perception of emotional expressions: Probing the hyperactivating strategies underlying anxious attachment. *Journal of Personality*, 74, 1163-1190.
- Garber, J., & Weersing V. R. (2010). Comorbidity of anxiety and depression in youth: Implications for treatment and prevention. *Clinical Psychology*, 17, 293-306.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311-1327.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2002a). *Handleiding voor het gebruik van de Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Een vragenlijst voor het meten van cognitieve copingstrategieën*. Leiderdorp: Datec.
- Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V., van den Kommer, T., & Teerds, J. (2002b). Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: A comparison between adolescents and adults. *Journal of Adolescence*, 25, 603-611.
- Garnefski, N., van den Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J., & Onstein, E. (2002c). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: Comparison between a clinical and a non-clinical sample. *European Journal of Personality*, 16, 403-420.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). *Adult Attachment Interview* (Ongepubliceerd manuscript). Berkeley: University of California.
- Gotlib, I. H., Kasch, K. L., Traill, S., Jorrmann, J., Arnow, B. A., & Johnson, S. L. (2004). Coherence and specificity of information-processing biases in depression and social phobia. *Journal of*

- Abnormal Psychology*, 113, 386-398.
- Groh, A. M., Roisman, G. I., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Fearon, R. P. (2012). The significance of insecure and disorganized attachment for children's internalizing symptoms: A meta-analytic study. *Child Development*, 83, 591-610.
- Hankin, B. L., Gibb, B. E., Abela, J. R. Z., & Flory, K. (2010). Selective attention to affective stimuli and clinical depression among youth: Role of anxiety and specificity of emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 491-501.
- Helsen, M. J. E. (2001). *Separatie-individuele en psychosociale problemen in de adolescentie* (Academisch proefschrift). Utrecht: Universiteit van Utrecht.
- Hesse, E. (2008). The Adult Attachment Interview: Protocol, method of analysis, and empirical studies. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2nd ed., pp. 552-598). New York: Guilford.
- Hesse, E., & Main, M. (2000). Disorganized infant, child, and adult attachment: Collapse in behavioral and attentional strategies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48, 1097-1127.
- Kaufman, A. S., Kaufman, J. C., Balgopal, R., & McLean, J. E. (1996). Comparison of three WISC-III short forms: Weighing psychometric, clinical, and practical factors. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 97-105.
- Kriss, A., Steele, H., & Steele, M. (2012). Measuring attachment and reflective functioning in early adolescence: An introduction to the Friends and Family Interview. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 15, 87-95.
- Legerstee, J. S., Garnefski, N., Verhulst, F. C., & Utens, E. M. W. J. (2011). Cognitive coping in anxiety disordered adolescents. *Journal of Adolescence*, 34, 319-326.
- Linetzky, M., Pergamin-Hight, L., Pine, D. S., & Bar-Haim, Y. (2015). Quantitative evaluation of the clinical efficacy of Attention Bias Modification Treatment for anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 32, 383-391.
- Lyons-Ruth, K., Dutra, L., Schuder, M. R., & Bianchi, I. (2006). From attachment disorganization to adult dissociation: Relational adaptations or traumatic experiences? *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 63-viii. doi:10.1016/j.psc.2005.10.011
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the representational level. *Monographs of the Society of Research in Child Development*, 50, 66-104.
- Masten, C. L., Guyer, A. E., Hodgdon, H. B., McClure, E. B., Charney, D. S., Ernst, M., ... Monk, C. S. (2008). Cognition of facial emotions among maltreated children with high rates of post-traumatic stress disorder. *Child Abuse and Neglect*, 32, 139-153.
- McClure, E. B., Monk, C. S., Nelson, E. E., Parrish, J. M., Adler, A., Blair, R. J. R., ... Pine, D. S. (2007). Abnormal attention modulation of fear circuit function in pediatric generalized anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 64, 97.
- Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., ... Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 980-989.
- Monk, C. S., Klein, R. G., Telzer, E. H., Schroth, E. A., Mannuzza, S., Moulton, J. L., ... Ernst, M. (2008). Amygdala and nucleus accumbens activation to emotional facial expressions in children and adolescents at risk for

- major depression. *American Journal of Psychiatry*, 165, 90-98.
- Monk, C. S., McClure, E. B., Nelson, E. E., Zarahn, E., Bilder, R. M., Leibenluft, E., ... Pine, D. S. (2003). Adolescent immaturity in attention-related brain engagement to emotional facial expressions. *Neuroimage*, 20, 420-428.
- Niedenthal, P. M., Brauer, M., Robin, L., & Innes-Ker, A. H. (2002). Adult attachment and the perception of facial expression of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 419-433.
- Oldehinkel, A. J. (2000). *Nederlandstalige vertaling van de Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS)*. Groningen: Disciplinarygroep Psychiatrie.
- Pergamin-Hight, L., Naim, R., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., & Bar-Haim, Y. (2015). Content specificity of attention bias to threat in anxiety disorders: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 35, 10-18. doi:10.1016/j.cpr.2014.10.005
- Pine, D. S., Klein, R. G., Mannuzza, S., Moulton, J. L., Lissek, S., Guardino, M., & Woldehawariat, G. (2005). Face-emotion processing in offspring at risk for panic disorder. *Journal of American Academic Child & Adolescent Psychiatry*, 44, 664-672.
- Rinne-Albers, M. A. W., van der Wee, N. J. A., Lamers-Winkelmann, F., & Vermeiren, R. R. J. M. (2013). Neuroimaging in children, adolescents and young adults with psychological trauma. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22, 745-755.
- Rinne-Albers, M. A. W., van der Werff, S. J. A., van Hoof, M. J., van Lang, N. D. J., Lamers-Winkelmann, F., Rombouts, S. A., ... van der Wee, N. J. A. (2015). Abnormalities of white matter integrity in the corpus callosum of adolescents with PTSD after childhood sexual abuse: A DTI study [Online publicatie]. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1-10. doi:10.1007/s00787-015-0805-2
- Rood, L., Roelofs, J., & Bijttebier, P. (2012). Repetitief negatief nadenken en psychische klachten bij kinderen en adolescenten. *Tijdschrift Gedragstherapie*, 45, 69-80.
- Rosenthal, N. L., & Kobak, R. (2010). Assessing adolescents' attachment hierarchies: Differences across developmental periods and associations with individual adaptation. *Journal of Research on Adolescence*, 20, 678-706.
- Schore, A. N. (2000). Attachment and the regulation of the right brain. *Attachment & Human Development*, 2, 23-47.
- Siebelink, B. M., & Treffers, Ph. D. A. (2001). *Nederlandse versie van het Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV – Child version (ADIS-C)*. Lisse: Swets Test Publishers.
- Silverman, W. K., & Albano, A. M. (1996). *The Anxiety Disorders Interview Schedule for Children for DSM-IV: Child and Parent versions*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Silverman W. K., Saavedra L. M., & Pina A. A. (2001). Test-retest reliability of anxiety symptoms and diagnoses with the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and Parent versions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 937-944.
- Steele, H., & Steele, M. (2008). 10 clinical uses of the Adult Attachment Interview. In H. Steele & M. Steele (Eds.), *Clinical applications of the Adult Attachment Interview* (pp. 3-30). New York: Guilford Press.
- Steele, H., Steele, M., & Fonagy, P. (1996). Associations among attachment classifications of mothers, fathers, and their infants. *Child Development*, 67, 5441-5555.
- Stovall-McClough, K. C., & Cloitre, M. (2006). Unresolved attachment, PTSD, and dissociation in women with childhood abuse stories. *Journal*

- of *Consulting and Clinical Psychology*, 74, 219-228.
- van den Bulk, B. G., Koolschijn, P. C. M. P., Meens, P. H. F., van Lang, N. D. J., van der Wee, N. J. A., Rombouts, S. A. R. B., ... Crone, E. A. (2013). How stable is activation in the amygdala and prefrontal cortex in adolescence? A study of emotional face processing across three measurements. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 4, 65-76.
- van den Bulk, B. G., Meens, P. H. F., van Lang, N. D. J., de Voogd, E. L., van der Wee, N. J. A., Rombouts, S. A. R. B., ... Vermeiren, R. R. J. M. (2014). Amygdala activation during emotional faces processing in adolescents with affective disorders: The role of underlying depression and anxiety symptoms. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 393. doi:10.3389/fnhum.2014.00393
- van der Leeden, A. J., van Widenfelt, B. M., van der Leeden, R., Liber, J. M., Utens, E. M., & Treffers, Ph. D. A. (2011). Stepped care cognitive behavioural therapy for children with anxiety disorders: A new treatment approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39, 55-75.
- van Hoof, M. J., van Lang, N. D. J., Speekenbrink, S., van IJzendoorn, M. H., & Vermeiren, R. R. J. M. (2015). Adult Attachment Interview differentiates adolescents with childhood sexual abuse from those with clinical depression and non-clinical controls. *Attachment & Human Development*, 5, 1-22. doi:10.1080/14616734.2015.1050420
- van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., van Busschbach, A., Lambermon, M. W. E., van Rijsoort, S. N., de Ruiter, C., ... Zwinkels, M. T. (1991). *Het Gehechtheidsbiografisch Interview: Nederlandse vertaling en bewerking van het Adult Attachment Interview*. Leiden: Centrum voor Gezinsstudies, Rijksuniversiteit Leiden.
- Verhulst, F. C. (2001). Continuïteit en discontinuïteit van psychopathologie bij kinderen en adolescenten in de volwassenheid. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43, 777-786.
- Verhulst, F. C., van der Ende, J., Ferdinand, R., & Kasius, M. C. (1997). De prevalentie van psychiatrische stoornissen bij Nederlandse adolescenten. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141, 777-781.
- Wechsler, D. A. (1991). *The Wechsler Intelligence Scale for Children-III*. London: Pearson Assessment.
- Wechsler, D. A. (1997). *Wechsler Adult Intelligence Scale-III*. Harcourt Assessment: San Antonio: The Psychological Corporation.
- Wilkinson, R. B. (2011). Measuring attachment dimensions in adolescents: Development and validation of the Experiences in Close Relationships – Revised – general short form. *Journal of Relationships Research*, 2, 53-62.
- Zeijl, M., de Beurs, E., & de Roos, C. (2010). Cognitieve copingstrategieën en de samenhang met PTSS-klachten bij adolescenten. *Kind en Adolescent*, 3, 146-160.
- Zeijlmans van Emmichoven, I. A., van IJzendoorn, M. H., de Ruiter, C., & Brosschot, J. F. (2003). Selective processing of threatening information: Effects of attachment representation and anxiety disorder on attention and memory. *Developmental Psychopathology*, 15, 219-237.
- Zimmermann, P., & Becker-Stoll, F. (2002). Stability of attachment representations during adolescence: The influence of ego-identity status. *Journal of Adolescence*, 25, 107-124.