

Zo ouder, zo kind?

Het effect van psychopathologie bij de ouder op de ontwikkeling van depressieve symptomen bij de jongere: de onderliggende rol van emotieregulatie

Hanne Depauw, Marie-Lotte Van Beveren, Jolien Braet, Annelies Van Royen, Caroline Braet

[TIJDSCHRIFT KLINISCHE PSYCHOLOGIE, 2021, 51(3), 224-244]

SAMENVATTING

In deze crosssectionele studie onderzochten we of er een verband bestaat tussen depressieve klachten en algemene psychopathologie bij een ouder en depressieve klachten bij een jongere, en of dit verband (deels) verklaard kan worden door de emotieregulatie (ER)-strategieën bij de jongere. Uit de analyses blijkt dat depressieve klachten bij de jongeren positief samenhangen met algemene psychopathologie bij de ouders, zowel wanneer we de klachten van de jongeren meten via zelfrapportage als oudergerapportage. We konden dit positieve verband repliceren met specifieke depressieve klachten van de ouder en oudergerapporteerde depressieve klachten van de jongere. Daarnaast vonden we bij jongeren een positief verband tussen maladaptieve ER en depressieve klachten. Bij adaptieve ER kwam enkel een negatief verband naar voren bij zelfgerapporteerde depressieve klachten. Er werd geen verband gevonden tussen psychopathologie bij de ouders en de ER-strategieën bij de jongere. Het huidige onderzoek wijst uit dat depressieve symptomen vaak transgeneratieel zijn. Aangezien depressieve klachten bij een jongere een mogelijke voorloper zijn van een latere, meer ernstige vorm van depressie, pleit dit voor vroegtijdige (secundaire) preventie en alertheid van hulpverleners wanneer een ouder zich aanmeldt met psychopathologie. Daarnaast lijkt ook het aanleren van adaptieve ER-strategieën een belangrijke interventie bij de aanpak van depressieve klachten bij jongeren.

Trefwoorden: psychopathologie, depressieve symptomen, emotieregulatie, adaptieve en maladaptieve emotieregulatie, jongeren

Inleiding

Depressie is een stoornis met nefaste gevolgen op zowel biologisch, psychologisch als sociaal vlak (Braet, Wante, & Timbremont, 2014; Van Roekel, Engels, Verhagen, Goossens,

& Scholte, 2011). Aangezien de adolescentie een kritieke ontwikkelingsperiode voor een depressieve stoornis is, lijkt onderzoek naar mogelijke risico- en instandhoudende factoren in deze leeftijdsfase cruciaal (Cracco, Goossens, & Braet, 2017). Zowel depressieve symptomen bij de ouder als emotieregulatie (ER)-problemen bij de jongere zijn in eerder onderzoek al aantoonbaar geassocieerd met een verhoogd risico op de ontwikkeling van depressieve symptomen bij de jongere (Garber & Cole, 2010). Eerder onderzoek bestudeerde deze twee factoren grotendeels los van elkaar. Er werd evenwel aangetoond dat het verband tussen depressieve symptomen bij de ouder en de kinderen indirect is en dat ER-problemen bij het kind deze link kunnen verklaren (Goodman & Gotlib, 1999). Tot op heden blijft de wetenschappelijke evidentie voor dergelijke theoretische hypothesen schaars. Het doel van deze empirische studie is om deze hypothesen verder te onderzoeken.

Depressie en depressieve symptomen

De twee kernsymptomen van een depressie zijn: een sombere stemming en een duidelijk verminderde interesse of plezier in (bijna) alle activiteiten. Deze symptomen manifesteren zich bijna elke dag, gedurende het grootste deel van de dag, en dit binnen dezelfde periode van twee weken (American Psychiatric Association [APA], 2013). Depressieve symptomen omvatten een groot scala aan negatieve emoties, zoals lusteloosheid, gevoelens van waardedeloosheid en prikkelbaarheid (APA, 2013; Braet, Theuwis, et al., 2014). Onderzoek naar depressieve symptomen is om verschillende redenen belangrijk. Jongeren die depressieve symptomen ervaren maar niet voldoen aan de criteria voor een depressie, ondervinden vaak een gelijkaardig lijden op psychosociaal vlak als jongeren die werden gediagnosticeerd met een depressieve stoornis en hebben dus evenveel behoefte aan begeleiding (Braet, Wante, & Timbremont, 2014; Cuijpers & Smit, 2008; Gotlib, Lewinsohn, & Seeley, 1995). Bovendien is aangetoond dat deze jongeren vaak voldoen aan de kenmerken van een zogenaamde ‘subklinische’ depressie, een mogelijke voorloper van een latere, ernstigere vorm van depressie (Braet, Wante, & Timbremont, 2014; Mash & Barkley, 2007). We kiezen er dan ook voor om in het huidige onderzoek bij jongeren vooral de depressieve symptomen goed te meten en de dimensionale score als de ernstmaat te zien.

Emotieregulatie (ER)

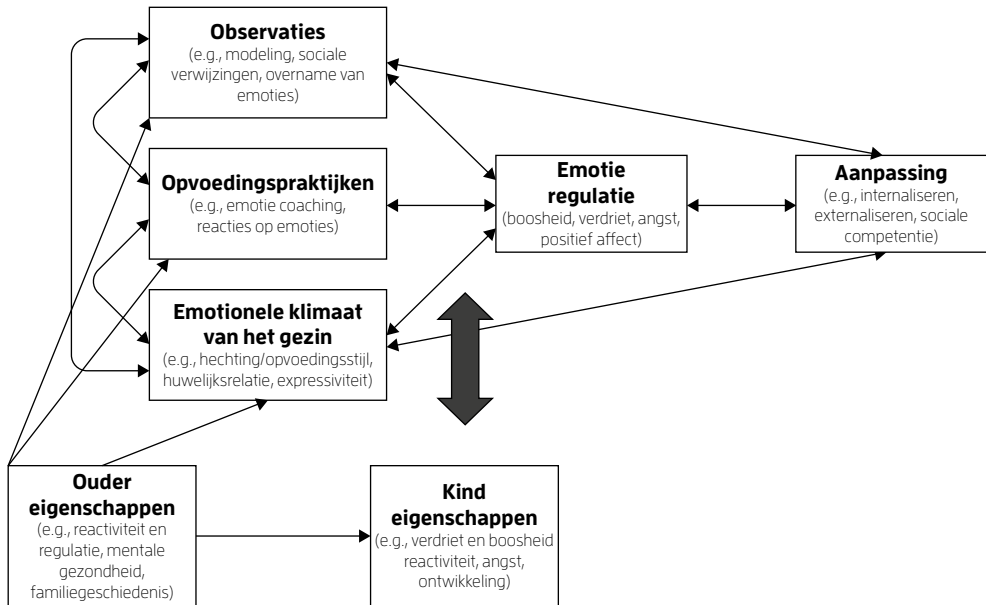
ER wordt gedefinieerd als “de processen waarmee individuen beïnvloeden welke emoties ze hebben, wanneer ze deze hebben, en hoe ze deze emoties ervaren en uiten” (Gross, 1998, p. 275). ER-strategieën kunnen opgedeeld worden in adaptieve of maladaptieve, afhankelijk van hun effect op het emotioneel welbevinden (Aldao, Nolen-Hoeksema, &

Schweizer, 2010; Braet, Cracco, Theuwis, Grob, & Smolenski, 2013). Adaptieve ER-strategieën beschermen tegen de ontwikkeling van psychopathologie; een voorbeeld hiervan is acceptatie: het individu accepteert de situatie en het huidige gevoel (Braet et al., 2013; Grob & Smolenski, 2005). Maladaptieve ER-strategieën zijn daarentegen geassocieerd met meer psychopathologie op de lange termijn (Aldao et al., 2010; Wante, Van Beveren, Theuwis, & Braet, 2017); een voorbeeld hiervan is rumineren: cognitief bezig blijven met de reden(en) waarom men zich slecht voelt (Braet et al., 2013; Grob & Smolenski, 2005). Hoewel eerder onderzoek voornamelijk focuste op de rol van maladaptieve ER-strategieën, zijn zowel het overmatige gebruik van maladaptieve ER-strategieën als een gebrek aan adaptieve ER-strategieën (bijvoorbeeld: te weinig afleiding zoeken door een rondje te gaan lopen of een boek te lezen; te weinig praten over gevoelens of het niet herevalueren van een negatieve situatie) intussen aantoonbaar geassocieerd met de ontwikkeling en instandhouding van psychopathologie (Aldao et al., 2010; Braet et al., 2013; Schäfer, Naumann, Holmes, Tuschen-Caffier, & Samson, 2017; Van Beveren, Harding, Beyers, & Braet, 2018).

Het verband tussen ER-strategieën en depressieve symptomen bij de jongere

Steeds meer studies richten zich op de rol van ER-strategieën voor het begrijpen van psychopathologie bij kinderen en jongeren. Een review van Schäfer et al. (2017) laat zien dat adaptieve ER-strategieën negatief geassocieerd zijn met depressieve symptomen, met het grootste effect voor 'acceptatie'. Maladaptieve ER-strategieën, zoals ruminatie en vermijding, correleren daarentegen positief met psychopathologie. Aangezien onderzoek bij kinderen en jongeren tot nu toe voornamelijk focuste op de rol van specifieke en maladaptieve ER-strategieën in de ontwikkeling en instandhouding van depressieve symptomen, bleef de rol van een tekort aan adaptieve ER-strategieën tot op heden eerder onderbelicht (Braet, Theuwis, et al., 2014; Van Beveren et al., 2018; Young, Sandeman, & Craske, 2019). Onderzoek naar beide kan een meer omvattend beeld geven van de relatie tussen ER-strategieën en de ontwikkeling van depressieve symptomen bij jongeren. Daarnaast is het van belang om dieper in te gaan op de factoren die bijdragen aan de ontwikkeling van ER-strategieën bij kinderen en jongeren. Hierbij spelen de ouders en verschillende gezinsfactoren een cruciale rol (Belsky, 1984; Eisenberg & Valiente, 2004; Morris, Silk, Steinberg, Myers, & Robinson, 2007). Twee modellen die de rol van deze factoren in kaart brengen, zijn het tripartitemodel (Morris et al., 2007) en het procesmodel (Belsky, 1984). Aangezien ER-strategieën goed aan te leren zijn, maakt dit onderzoek naar de factoren die depressie verklaren binnen een gezinscontext klinisch uitermate interessant.

Figuur 1. Het tripartitemodel van de impact van de familie op de ER en de aanpassing van de kinderen (Morris et al., 2007).

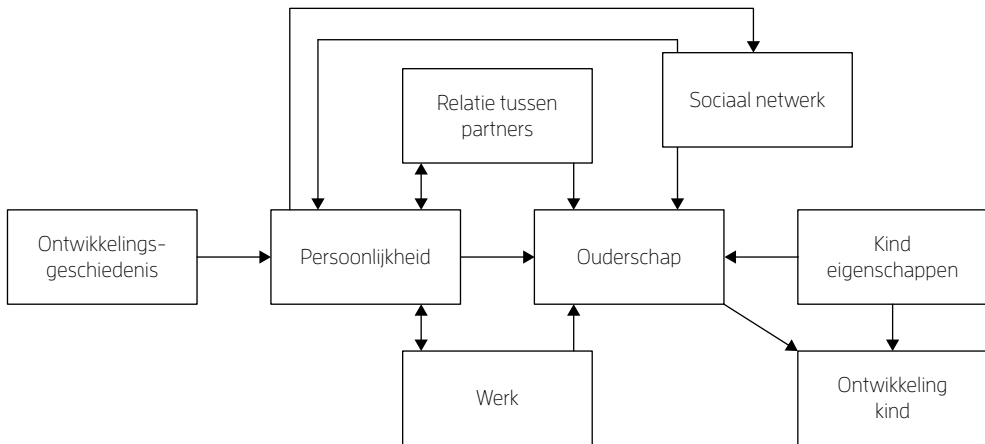


Het tripartitemodel van Morris et al. (2007) brengt alle factoren in kaart die de ontwikkeling van ER en de relatie met psychopathologie kunnen verklaren (zie figuur 1). Het model – dat nog altijd onderwerp van onderzoek is – stelt bidirectionele relaties voor tussen ouder- en kindkenmerken die beide invloed hebben op de ER-strategieën die adolescenten ontwikkelen. Het tripartitemodel stelt dat drie processen de ER-vaardigheden van het kind beïnvloeden: 1. het emotionele klimaat van het gezin, 2. observaties van hoe familieleden omgaan met emoties, en 3. emotiegerelateerde opvoedingspraktijken. Daarnaast hebben individuele eigenschappen van de ouder, zoals de mentale gezondheid, invloed op deze drie processen en dus ook op de ER van het kind (Morris et al., 2007). Volgens dit model kunnen kinderen van ouders die kampen met mentale gezondheidsproblemen, moeite hebben met het ontwikkelen van een goede ER door de invloed van de ouderlijke mentale problemen op het gezinsklimaat. Depressieve symptomen kunnen ouders minder benaderbaar maken voor het bieden van troost bij het verwerken van emoties. Als ze wel beschikbaar zijn, modelleren ze mogelijk minder goed de adaptieve ER-strategieën. Daarnaast kunnen deze ouders ook meer maladaptieve ER-strategieën, zoals piekeren, vertonen. Het kind kan deze maladaptieve ER-strategieën overnemen en later zelf toepassen (Bariola, Gullone, & Hughes, 2011; Silk, Shaw, Forbes, Lane, & Kovacs, 2006; Suveg, Shaffer, Morelen, & Thomassin, 2011). Een belangrijke kanttekening hierbij is de leeftijd van het kind (Eisenberg et al., 1999): hoewel ouders uitermate belangrijk blijven, geven kinderen naarmate zij opgroeien steeds zelfstandiger vorm aan hun ER door de vermin-

derde emotionele afhankelijkheid van de ouders (Eisenberg & Morris, 2002; Kopp, 1989; Morris et al., 2007).

Een tweede model dat de wisselwerking tussen het kind en zijn omgeving weergeeft, is het procesmodel van determinanten van ouderschap (Belsky, 1984; zie figuur 2). Belsky stelt dat ouderschap wordt beïnvloed door: 1. individuele kenmerken van de ouder, 2. individuele kenmerken van het kind, en 3. de bredere sociale omgeving waarin de ouder-kindrelatie is ingebed, zoals de partnerrelatie. De ontwikkelingsgeschiedenis van ouders, de partnerrelatie, het sociale netwerk en het werk dragen bij aan het algemene psychologische welbevinden en de persoonlijkheid van ouders. Dit beïnvloedt op zijn beurt hoe ouders functioneren als opvoeders en de ontwikkeling van het kind.

Figuur 2. Het procesmodel van determinanten van ouderschap (Belsky, 1984).

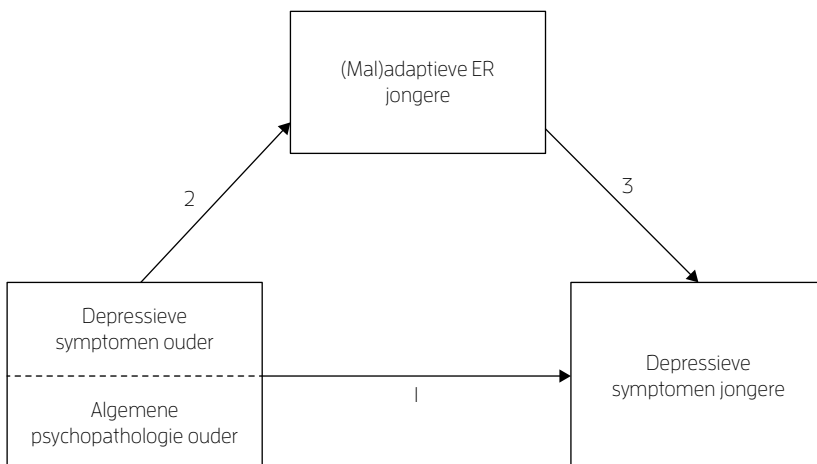


Zowel het tripartitemodel van Morris et al. (2007) als het procesmodel van Belsky (1984) tonen dat er naast de invloed van een ouder op het kind ook een niet te miskennen invloed is van het kind op de ouder. Eigenschappen van het kind, zoals het temperament of het geslacht, kunnen een belangrijke impact hebben op de ontwikkeling van ER-vaardigheden (Morris et al., 2007). Temperament zou de belangrijkste kindfactor binnen het model zijn; vooral een verhoogde reactiviteit in combinatie met een verminderde doelgerichte beheersing (*verminderde effortful control*) is hier belangrijk (Dunsmore, Booker, & Ollendick, 2013; Dunsmore, Booker, Ollendick, & Greene, 2016; Morris et al., 2002). Er zou ook sprake zijn van genderspecifieke socialisatie van emoties (Morris et al., 2007; Waters & Thompson, 2014). Zo stimuleren ouders meisjes meer om verdriet te uiten, terwijl ze jongens meer stimuleren om woede te uiten. Daarnaast zouden meisjes beter zijn in ER (Morris et al., 2002).

Het huidige onderzoek

Het huidige onderzoek gaat na of kinderen van ouders met depressieve symptomen en/of algemene psychopathologie kwetsbaarder zijn en zelf depressieve klachten ervaren (onderzoeksvraag 1). Op basis van eerdere bevindingen (Bariola et al., 2011; Goodman & Gotlib, 1999) verwachten we een positieve relatie tussen depressieve symptomen/algemene psychopathologie bij de ouder en bij de jongere. De tweede onderzoeksvraag bekijkt of er een verband bestaat tussen ouderlijke depressieve symptomen/algemene psychopathologie en ER-problemen bij de jongere. We verwachten dat meer depressieve symptomen en/of meer algemene psychopathologie van de ouder gerelateerd zijn aan meer ER-problemen bij de jongere, tot uiting komend in het gebruik van meer maladaptieve en minder adaptieve ER-strategieën (Morris et al., 2007). De derde onderzoeksvraag onderzoekt of er een verband bestaat tussen adaptieve en maladaptieve ER-strategieën en depressieve symptomen bij jongeren. Op basis van eerdere bevindingen (Abela, Brozina, & Haigh, 2002; Aldao et al., 2010; Braet, Theuwis, et al., 2014; Silk, Steinberg, & Morris, 2003) verwachten we een negatief verband: hoe meer adaptieve ER-strategieën de jongere gebruikt, hoe minder depressieve symptomen die zal hebben; voor maladaptieve ER-strategieën verwachten we het omgekeerde. Tot slot bestudeert de vierde onderzoeksvraag of problemen in ER het verband tussen depressieve symptomen/algemene psychopathologie bij de ouder en het kind (gedeeltelijk) kunnen verklaren. We verwachten dat het ervaren van meer ouderlijke depressieve symptomen en/of meer algemene psychopathologie zal leiden tot minder adaptieve en meer maladaptieve ER bij de jongere en dat dit aanleiding zal geven tot meer depressieve symptomen bij de jongere (Morris et al., 2007; Suveg et al., 2011). Figuur 3 visualiseert de onderzoeksvragen.

Figuur 3. Visuele voorstelling van de onderzoeksvragen.



Methode

Participanten

De steekproef bestond uit 252 jongeren tussen de 7 en 14 jaar (Mleeftijd = 10,58; SD = 1,88), geworven via verschillende openbare scholen in Deinze (Oost-Vlaanderen). Tabel 1 biedt een overzicht van de participantenkenmerken (onderwijstype, leerjaar en gezinsvorm).

Tabel 1. Participantenkenmerken (N = 252).

Variabele	Frequentie (%)
Opleidingsniveau	
Lager onderwijs	59,1%
Buitengewoon lager onderwijs (BULO)	3,2%
Algemeen secundair onderwijs (ASO)	21,8%
Technisch secundair onderwijs (TSO)	10,7%
Beroeps secundair onderwijs (BSO)	4%
Andere	1,2%
Leerjaar	
4 ^{de} leerjaar	14,3%
5 ^{de} leerjaar	12,3%
6 ^{de} leerjaar	17,9%
1 ^{ste} middelbaar	17,1%
2 ^{de} middelbaar	20,6%
3 ^{de} middelbaar	0,4%
Andere	14,3%
Geen gegevens beschikbaar	3,2%
Gezinsvorm	
Beide ouders samenwonend	76,6%
Samengesteld gezin (vader + partner)	2,8%
Samengesteld gezin (moeder + partner)	5,2%
Alleenstaande vader	0,4%
Alleenstaande moeder	8,7%
Co-ouderschap	6,3%

Procedure

Deze studie maakt deel uit van een groter onderzoeksproject (Generatie2020)¹ rond schoolrijpheid en stress bij jongeren van het vierde leerjaar basisonderwijs tot het derde jaar middelbaar onderwijs in Deinze. Alle scholen werden aangeschreven en zegden hun medewerking toe. Vervolgens werden 2.170 gezinnen gevraagd mee te werken. In totaal namen 1.868 jongeren en hun ouders, verspreid over 151 klassen, deel aan fase 1 (de screening),

waarin de jongeren op school een vragenlijst invulden. Van de 1.868 gezinnen werden (at random) 278 gezinnen telefonisch benaderd door derdejaars bachelorstudenten Psychologie van de Universiteit Gent. Deze gezinnen werden vervolgens uitgenodigd voor de tweede fase van het onderzoeksproject, die twee jaar duurde en via vier huisbezoeken werd uitgevoerd. Van de 278 gezinnen vulden 26 jongeren niet alle vragenlijsten in, wat resulteerde in de uiteindelijke steekproef van 252 gezinnen ($M_{leeftijd} = 10,58$ jaar; $SD = 1,88$; 46% jongens). We hanteerden voor dit onderzoek een crosssectioneel design. Het onderzoeksproject werd goedgekeurd door de ethische commissie van de faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen van de Universiteit Gent.

Meetinstrumenten

In het kader van het streven naar een hogere betrouwbaarheid van de resultaten werd een *multi-method, multi-informant*-methodiek gehanteerd. De operationalisatie van de depressieve symptomen bij zowel de ouder als de jongere gebeurde aan de hand van twee verschillende vragenlijsten (multi-method). Daarnaast zijn de depressieve symptomen bij de jongere zowel gemeten via een zelfrapportagevragenlijst als via een ouderrapportagevragenlijst (multi-informant). Voor het meten van depressieve symptomen bij het kind werd zowel gebruikgemaakt van een specifiek diagnostisch instrument, de Children's Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1992; Nederlandstalige versie: Timbremont, Braet, & Roelofs, 2008), als van een breedbandsysteem voor algemene beeldvorming, de Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach & Rescorla, 2001; Nederlandstalige versie: Verhulst, Van der Ende, & Koot, 1996). Het meten van depressieve symptomen bij de ouders gebeurde via een specifieke depressievragenlijst, de Beck Depression Inventory-II (BDI-II-NL; Beck, Steer, & Brown, 1996; Nederlandstalige versie: Van der Does, 2002). Daarnaast is ook gebruikgemaakt van een multidimensionale vragenlijst die diverse klachten in kaart brengt, de Symptom Checklist (SCL-90; Derogatis, Lipman, & Covi, 1975; Nederlandstalige versie: Arrindell & Etterna, 1986). Beide vragenlijsten hebben een hoge betrouwbaarheid en werden afgenomen om te kijken of er enkel verbanden gevonden konden worden voor depressie of ook voor psychopathologie in het algemeen. De Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen (FEEL-KJ; Grob & Smolenski, 2005; Nederlandstalige versie: Braet et al., 2013) werd gebruikt om de adaptieve en maladaptieve ER-strategieën bij de jongere in kaart te brengen. De α -coëfficiënten van alle gebruikte meetinstrumenten zijn opgenomen in tabel 2.

Depressieve symptomen en algemene psychopathologie bij de primaire zorgfiguur

Beck Depression Inventory-II. Met de Nederlandstalige versie van de BDI-II-NL (Van der Does, 2002) werden ouderlijke depressieve symptomen in kaart gebracht. De BDI-II-NL

kan gebruikt worden vanaf de leeftijd van 18 jaar. De vragenlijst bevat 21 vragen die gescoord worden op een 4-puntsschaal, gaande van 0 (= helemaal niet) tot 3 (= heel erg), en vraagt naar het voorkomen en de ernst van depressieve symptomen gedurende de laatste twee weken. De Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN) oordeelde dat de BDI-II-NL een goede interne consistentie en discriminerende validiteit heeft (Evers, Van Vliet-Mulder, & Groot, 2005).

Symptom Checklist. De Nederlandse versie van de SCL-90 (Arrindell & Etterna, 1986) is gebruikt om algemene psychopathologie in kaart te brengen. De SCL-90 is een multidimensionale zelfrapportagevragenlijst waarmee men de recent ervaren klachten, zowel op lichamelijk als psychisch niveau, van volwassenen van 18 tot 65 jaar in kaart brengt. De vragenlijst bevat 90 items, waarmee acht subschalen gescoord kunnen worden: agorafobie, angst, depressie, somatische klachten, insufficiëntie van denken en handelen, wantrouwen en interpersoonlijke insensitiviteit, hostiliteit en slaapproblemen. De algemene betrouwbaarheid van de subschalen is hoog (Arrindell & Ettema, 1986). De meeste α -waarden liggen tussen 0,80 en 1, wat goed tot uitstekend is. Ook de validiteit wordt als goed beoordeeld (Arrindell & Ettema, 1986).

ER bij de jongere

FEEL-KJ. Met de Nederlandstalige versie van de FEEL-KJ (Braet et al., 2013) werden de adaptieve en maladaptieve ER-strategieën bij de jongere in kaart gebracht. De FEEL-KJ is een zelfrapportagevragenlijst voor kinderen en jongeren van 8 tot en met 18 jaar en meet in welke mate zij adaptieve, maladaptieve en externe ER-strategieën gebruiken om met gevoelens van boosheid, angst en verdriet om te gaan. De FEEL-KJ bevat 90 items, waarbij men telkens antwoordt op een 5-punts-Likertschaal, gaande van 1 (= bijna nooit) tot 5 (= bijna altijd). Per emotie (woede, angst en verdriet) worden 30 items gebruikt. In dit onderzoek is enkel gebruikgemaakt van de totale adaptieve en maladaptieve ER-subschaal. Onderzoek toont aan dat de betrouwbaarheid en validiteit van de FEEL-KJ goed zijn (Grob & Smolenski, 2005).

Depressieve symptomen bij de jongere

Children's Depression Inventory. De depressieve symptomen bij de jongere zijn gemeten met de Nederlandstalige versie van de CDI (Timbremont et al., 2008). De CDI is een zelfrapportagevragenlijst voor kinderen en jongeren van 8 tot en met 17 jaar en meet de affectieve, gedragsmatige en cognitieve symptomen bij depressie. Het betreft een aangepaste versie van de BDI-II (Beck et al., 1996), die depressieve klachten bij volwassenen in kaart brengt. De CDI bestaat uit 27 items. Elk item bevat drie antwoordmogelijkheden, die verschillen

in de mate van ernst. De jongere kruist aan welke zin het beste beschrijft hoe hij/zij zich de afgelopen twee weken heeft gevoeld. Uit verschillende onderzoeken bij jongeren blijkt dat de CDI een goede interne consistentie en discriminerende validiteit heeft (Kovacs, 1992; Roelofs et al., 2010). De vragenlijst is bovendien bruikbaar bij klinische en niet-klinische jongerenpopulaties (Roelofs et al., 2010).

Child Behavior Checklist. Met de Nederlandstalige versie van de CBCL (Verhulst et al., 1996) zijn via ouder rapportage de depressieve symptomen bij de jongere in kaart gebracht. De CBCL is een vragenlijst met 113 items over gedrags- en emotionele problemen en vaardigheden van kinderen en jongeren van 6 tot 18 jaar. De ouder beantwoordt vragen over het algemeen functioneren van het kind of de jongere gedurende de laatste zes maanden. Elk item wordt gescoord op een 3-punts-Likertschaal, gaande van 0 (= helemaal niet) tot 2 (= duidelijk of vaak). Op basis van de CBCL wordt een inschatting gemaakt van externaliserende en internaliserende problemen. In dit onderzoek maken we enkel gebruik van de DSM-affectieve problemen-subschaal, die nauw aansluit bij het classificatiesysteem van de DSM-IV-TR (APA, 2000). De CBCL werd in 1999 door de COTAN beoordeeld; hierbij werd de betrouwbaarheid als voldoende, de begripsvaliditeit als goed en de criteriumvaliditeit als voldoende beoordeeld (Evers et al., 2005).

Analyses

Voorafgaand aan de hypothesetoetsing werd aan de hand van twee aparte (preliminaire) AN(C)OVA's het effect van leeftijd en geslacht op depressieve symptomen bij de jongere nagegaan. Vervolgens zijn verschillende mediatieanalyses (aan de hand van multiële lineaire regressieanalyses) uitgevoerd volgens de methode van Baron en Kenny (1986) met als doel de vooropgestelde onderzoeksvragen te beantwoorden. De verschillende stappen stemmen overeen met de vier onderzoeksvragen. Er werden in totaal acht modellen getoetst. Alle analyses zijn uitgevoerd met behulp van SPSS versie 26.

Resultaten

Tabel 2 biedt een overzicht van de descriptieve resultaten, de interne consistentie van de schalen en de samenhang tussen de variabelen. De gemiddelden liggen over het algemeen in lijn met de resultaten van eerder onderzoek bij een gelijkaardige steekproef (bijvoorbeeld: Achenbach & Rescorla, 2001; Braet et al., 2013), hoewel in dit onderzoek de ouders gemiddeld minder depressieve symptomen rapporteren (Nelson, Hammen, Brennan, & Ullman, 2003).

Tabel 2. Descriptieve statistieken van de variabelen (minimum, maximum, gemiddelde en standaarddeviatie), Cronbachs α -betrouwbaarheden en correlaties tussen de variabelen.

Variabelen	MIN	MAX	M (SD)	1	2	3	4	5	6	7	8
1. BDI-II-NL	0	38	6,34 (6,20)	(0,88)							
2. SCL-90 tot	90	246,74	121,83 (30,54)	0,78**	(0,96)						
3. AdTot	50	206	141,16 (27,17)	-0,10	-0,09	(0,93)					
4. MalTot	35	144	71,53 (15,39)	-0,08	-0,03	0,13*	(0,83)				
5. CDI	0	26	7,88 (4,91)	0,11	0,13*	-0,24**	0,35**	(0,77)			
6. CBCL	0	14	2,30 (2,60)	0,27**	0,32**	-0,08	0,16*	0,23**	(0,70)		
7. Leeftijd	7	14	10,58 (1,88)	0,03	0,11	0,06	0,14*	0,11	-0,02	-	
8. Geslacht	1	2	1,54 (0,50)	0,06	-0,01	0,01	-0,03	-0,12	-0,07	0,05	-

Legenda: BDI-II-NL en SCL-90 = depressieve symptomen bij de ouder; CDI en CBCL-Aff = depressieve symptomen bij de jongere; AdTot = adaptieve ER-strategieën (FEEL-KJ); MalTot = maladaptieve ER-strategieën (FEEL-KJ); * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Uit de preliminaire analyses bleek dat zowel leeftijd ($F(1, 249) = 3,41, p = 0,07$) als geslacht ($F(1, 249) = 3,71, p = 0,06$) niet significant samenhangen met depressieve symptomen zoals gerapporteerd door de jongeren (CDI). Tevens vertoonden leeftijd ($F(1, 249) = 0,04, p = 0,84$) en geslacht ($F(1, 249) = 1,08, p = 0,30$) geen significant verband met depressieve symptomen bij de jongeren zoals gerapporteerd door de ouders (CBCL). Hierdoor is er bij de hypothesetoetsing niet gecontroleerd voor deze variabelen (Bernerth & Aguinis, 2015).

Vervolgens zijn acht modellen getoetst via de methode van Baron en Kenny (1986), die bestaat uit vier stappen, overeenkomstig de onderzoeksvragen. Tabel 3 biedt een samenvatting van de resultaten.

In Stap 1 werd het verband nagegaan tussen de depressieve symptomen bij de ouder en bij de jongere (onderzoeksvraag 1). Uit de resultaten bleek er geen positief verband te zijn tussen zelfgerapporteerde depressieve klachten bij de jongeren (CDI) en depressieve klachten bij de ouders (BDI-II-NL) ($F(1, 250) = 3,00, p = 0,08, \Delta R^2 = 0,012$). Er bleek echter wel een positieve samenhang te zijn tussen zelfgerapporteerde depressieve klachten bij de jongeren (CDI) en algemene psychopathologie bij de ouders (SCL-90) ($F(1, 250) = 4,57, p = 0,03, \Delta R^2 = 0,02$). Wanneer gekeken werd naar de ouderrapportage van depressieve klachten bij de jongere (CBCL), bleek er een positief verband te zijn met zowel depressieve klachten bij de ouders (BDI-II-NL) ($F(1, 250) = 18,94, p \leq 0,001, \Delta R^2 = 0,07$) als met ruimere psychopathologie van de ouders (SCL-90) ($F(1, 249) = 27,68, p \leq 0,001, \Delta R^2 = 0,10$).

In Stap 2 werd het verband nagegaan tussen de ouderlijke depressieve symptomen en de ER-strategieën bij de jongere (onderzoeksvraag 2). Het verband tussen ouderlijke depres-

Tabel 3. Samenvatting van de resultaten van stap I tot en met stap 3.

	β	T	F	ΔR^2
AV: DEP jongere: zelfrapportage (CDI)				
STAP I				
BDI-II-NL	0,11	1,73	3,00	0,012
SCL-90	0,13*	2,14	4,57	0,02*
AV: DEP jongere: ouderrapportage (CBCL-Aff)				
STAP I				
BDI-II-NL	0,27***	4,35	18,94	0,07***
SCL-90	0,32***	5,26	27,68	0,10***
AV: AdTot (FEEL-KJ)				
STAP 2				
BDI-II-NL	-0,095	-1,51	2,27	0,009
SCL-90	-0,09	-1,44	2,06	0,008
AV: MalTot (FEEL-KJ)				
STAP 2				
BDI-II-NL	-0,08	-1,33	1,76	0,007
SCL-90	-0,03	-0,52	0,27	0,001
AV: DEP jongere (CDI)				
STAP 3				
AdTot	-0,24***	-3,83	14,67	0,055***
MalTot	0,35***	5,85	34,24	0,120***
AV: DEP jongere (CBCL-Aff)				
STAP 3				
AdTot	-0,08	-1,27	1,61	0,006
MalTot	0,16*	2,56	6,54	0,025*

Legenda: BDI-II-NL en SCL-90 = depressieve symptomen en algemene psychopathologie bij de ouder; CDI en CBCL-Aff = depressieve symptomen bij de jongere; AdTot = adaptieve ER-strategieën (FEEL-KJ); MalTot = maladaptieve ER-strategieën (FEEL-KJ); * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

sieve symptomen en ruimere psychopathologie (BDI-II-NL en SCL-90) en het gebruik van zowel adaptieve als maladaptieve ER-strategieën bij de jongere bleek in geen van de getoetste modellen significant.

In Stap 3 (onderzoeksvraag 3) bekeken we het verband tussen het gebruik van ER-strategieën (FEEL-KJ) en depressieve symptomen bij de jongere (CDI en CBCL). Wanneer er gekeken werd naar de relatie tussen maladaptieve ER-strategieën en depressieve symptomen bij de jongere, bleek er een significant positief verband te zijn, en dit zowel via zelfrapportage (CDI) ($F(1, 250) = 34,24$, $p \leq 0,001$, $\Delta R^2 = 0,12$) als via ouderrapportage van de depressieve klachten (CBCL) ($F(1, 250) = 6,54$, $p = 0,01$, $\Delta R^2 = 0,03$). Voor adaptieve ER-strategieën (FEEL-KJ) bleek er enkel een negatief verband te zijn met zelfgerapporteerde depressieve klachten van de jongere (CDI) ($F(1, 250) = 14,67$, $p \leq 0,001$, $\Delta R^2 = 0,06$), en niet met depressieve klachten via ouderrapportage (CBCL) ($F(1, 250) = 1,61$, $p = 0,21$, $\Delta R^2 = 0,006$).

Aangezien er geen significante verbanden werden gevonden bij de tweede stap, was het niet relevant om Stap 4 van de Baron en Kenny-methode uit te voeren en dus onderzoeksvraag 4 (beïnvloedt ER het verband tussen depressieve symptomen bij de ouder en bij de jongere?) te toetsen.

Discussie

Het hoofddoel van de huidige studie was om via een crosssectioneel design te onderzoeken of er een verband bestaat tussen psychopathologie bij de ouder en de jongere en of dit verband (deels) verklaard kan worden door de ER-strategieën van de jongere. In wat volgt, zullen de resultaten van dit onderzoek in het licht van eerdere studies worden besproken.

In onderzoeksvraag 1 werd de relatie tussen depressieve symptomen bij de ouder en bij de jongere nagegaan. Tevens werd onderzocht of er een verband bestaat tussen algemene psychopathologie bij de ouder en depressieve symptomen bij de jongere. Zoals verwacht op basis van eerder onderzoek (bijvoorbeeld Bariola et al., 2011), bleken depressieve klachten bij de jongere positief samen te hangen met algemene psychopathologie bij de ouder (SCL-90), zowel wanneer we de depressieve klachten van de jongeren meten via zelfrapportage (CDI) als via ouderrapportage (CBCL). We konden dit resultaat repliceren wanneer we uitsluitend keken naar depressieve klachten van de ouder (BDI-II-NL), echter enkel wanneer de depressieve klachten van de jongere werden gemeten via ouderrapportage (CBCL). We vonden dus geen significant verband tussen de depressieve klachten van de jongere gemeten via zelfrapportage (CDI) en specifieke depressieve klachten van de ouder (BDI-II-NL). Een eerste mogelijke verklaring hiervoor is het verschil in informant. Het is namelijk zo dat verschillende vragenlijsten afgenomen bij dezelfde informant onderling vaak hoger correleren dan dezelfde vragenlijsten afgenomen bij verschillende informanten (Achenbach, McConaughy, & Howell, 1987). Bovendien blijken correlaties tussen het perspectief van de jongeren en het perspectief van hun ouders eerder laag, in het bijzonder met betrekking tot interne mentale processen (Kolko & Kazdin, 1993). Uit onderzoek blijkt dat kinderen en ouders duidelijk verschillen in de manier waarop ze de dingen zien, wat een mogelijke verklaring zou kunnen zijn voor de lage correlatie (Kuppens, Grietens, Onghena, & Michiels, 2009). In dit onderzoek was het onduidelijk welke ouder de vragenlijsten invulde, waardoor we niet kunnen onderzoeken of er een verschil is tussen de rapportage van beide ouders. Daarnaast kunnen de ouders de vragenlijst sociaal wenselijk hebben ingevuld. Anderzijds is er de mogelijkheid dat ze niet op de hoogte waren van de problemen van de jongere (Salbach-Andrae et al., 2009). Doordat de jongeren meer depressieve symptomen rapporteren dan hun ouders, kan de ouderrapportage een onderschatting zijn van de depressieve gevoelens ervaren door de jongere. Anderzijds kan een depressieve ou-

der de depressieve symptomen van de jongere uitvergroten door een negatieve cognitieve bias. Deze factor is echter niet meegenomen in de analyses. Toekomstig onderzoek kan hier wel rekening mee houden, door bijvoorbeeld een sociale-wenselijkheidsschaal te gebruiken. Desalniettemin kunnen deze aspecten de resultaten van het onderzoek hebben beïnvloed. Wanneer we de betrouwbaarheid van beide vragenlijsten bekijken, kunnen we op basis van Cronbachs alpha concluderen dat de CDI ($\alpha = 0,77$) in onze steekproef betrouwbaarder was dan de CBCL-affectieve subschaal ($\alpha = 0,70$).

Op basis van de relatie die via drie lineaire regressieanalyses wél gevonden werd, lijkt het aan te bevelen om alert te zijn op de aanwezigheid van depressieve symptomen bij de jongere wanneer een ouder zich aanmeldt met eender welke vorm van psychopathologie. Ook eerder onderzoek wijst uit dat depressieve symptomen vaak transgeneratieel zijn. Dit pleit voor vroegtijdige (secundaire) preventie, mede omdat de eerste symptomen bij een jongere mogelijke voorlopers zijn van een latere, meer ernstige vorm van depressie (Braet, Wante, & Timbremont, 2014; Mash & Barkley, 2007). Gezien de discrepantie die we vonden in de mate waarin ouders en jongeren depressieve symptomen bij de jongere rapporteren, lijkt het tevens van belang de depressieve symptomen bij de jongere zowel na te vragen bij de ouder(s) als bij de jongere zelf.

In onderzoeksvraag 2 werd de relatie tussen ouderlijke depressieve symptomen en ER-strategieën bij de jongere nagegaan. Uit de resultaten bleek er, in tegenstelling tot de verwachting, geen significant verband te zijn tussen ouderlijke depressieve symptomen en (mal)adaptieve ER-strategieën. Dit niet-significante resultaat werd ook gevonden wanneer gekeken werd naar algemene psychopathologie bij de ouder. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat ouderlijke psychopathologie een indirect effect heeft op de ER-strategieën van de jongere. Dit komt overeen met het model van Morris et al. (2007), dat stelt dat deze link verloopt via het emotionele klimaat in het gezin, observaties en opvoedingspraktijken. Dit impliceert dus dat niet de ouderlijke psychopathologie op zich een effect heeft op de ER-strategieën van de jongere, maar dat het gaat om het gedrag en de overtuigingen/attitudes van de ouder met betrekking tot de socialisatie van emoties (Morris et al., 2007). In de klinische praktijk lijkt het van belang dat hulpverleners hier aandacht voor hebben en het emotionele gezinsklimaat bespreekbaar maken.

In onderzoeksvraag 3 werd de relatie tussen het gebruik van (mal)adaptieve ER-strategieën bij de jongere en depressieve symptomen bij de jongere nagegaan. In lijn met de bevindingen van Braet, Theuwis, et al. (2014) vertoonden maladaptieve ER-strategieën een positieve samenhang met depressieve klachten bij de jongeren, en dit gemeten zowel via zelfrapportage (CDI) als ouderrapportage (CBCL). Jongeren die meer gebruikmaakten van maladaptieve ER-strategieën, rapporteerden dus doorgaans ook meer depressieve symp-

tomen. Inzetten op het verbeteren van de ER betekent dus een belangrijke (secundaire) preventieve aanpak.

In overeenstemming met eerder onderzoek (Braet, Theuwis, et al., 2014; Garber, Braaf-ladt, & Weiss, 1995; Schäfer et al., 2017) bleek er een negatief verband te zijn tussen adaptieve ER-strategieën en depressieve klachten bij de jongere, al was dit enkel het geval bij zelfrapportage (CDI). Met andere woorden, hoe meer adaptieve ER-strategieën de jongere gebruikt, hoe minder depressieve symptomen hij/zij zelf rapporteert. Een mogelijke verklaring voor de afwezigheid van een verband wanneer de depressieve klachten gemeten werden via ouderrapportage (CBCL), is de lage correlatie tussen kind- en ouderrapportage met betrekking tot het beoordelen van interne processen (Achenbach et al., 1987).

De gevonden relaties tussen ER-strategieën en depressieve symptomen, zowel in dit als in eerder onderzoek, wijzen op het belang van het blijven ontwikkelen van preventieprogramma's die enerzijds focussen op het 'afleren' van maladaptieve ER-strategieën, zoals 'stop met piekeren'-programma's of door in te zetten op onverenigbare ER zoals mindfulness-based interventies (Aldao et al., 2010). Anderzijds, zoals ook dit onderzoek aantoonde, is het belangrijk ook in te zetten op het aanleren van adaptieve ER-strategieën die de veerkracht van jongeren verhogen, zoals gebeurt in een ER-training als EuREKA (Verbeken et al., 2019). In het kader van preventie zou het bovendien zinvol zijn als hulpverleners kinderen met ER-problemen al op jonge leeftijd (kunnen) detecteren, omdat men deze risicogroep mogelijk kan beschermen tegen het ontwikkelen van depressieve symptomen via het aanleren van adaptieve ER-strategieën. In de klinische praktijk lijkt het van belang dat hulpverleners bij jongeren die al depressieve symptomen vertonen, een vragenlijst afnemen die de gebruikte ER-strategieën in kaart brengt. Als blijkt dat zich op dit terrein problemen voordoen, versterken de uitkomsten van deze studie het idee dat het zinvol kan zijn om bij de behandeling van depressieve symptomen, naast de toepassing van een stoornisspecifiek protocol, ook aandacht te besteden aan het aanleren van adaptieve ER-strategieën.

Onderzoeksvraag 4 onderzocht of de relatie tussen depressieve symptomen/algemene psychopathologie bij de ouder en depressieve symptomen bij de jongere gedeeltelijk of volledig verklaard kan worden door het gebruik van adaptieve en maladaptieve ER-strategieën bij de jongere. In tegenstelling tot de verwachtingen (Aldao et al., 2010; Bariola et al., 2011; Braet, Theuwis, et al., 2014; Goodman & Gotlib 1999; Schäfer et al., 2017; Silk et al., 2006) bleken ER-strategieën geen mediërende factor in het verband tussen depressieve symptomen bij de ouder en bij de jongere. Een mogelijke verklaring hiervoor is de afwezigheid van een verband tussen ouderlijke depressieve symptomen/algemene psychopathologie en ER bij de jongere in dit onderzoek. Studies die nagaan of dit resultaat

gerepliceerd kan worden en die, indien deze bevindingen bevestigd worden, mogelijke redenen kunnen aanreiken waarom een verband tussen ouderlijke depressieve symptomen/algemene psychopathologie en ER-strategieën bij de jongere niet gevonden wordt, zouden van meerwaarde zijn.

Sterktes en tekortkomingen van de huidige studie

Dit onderzoek komt tegemoet aan enkele tekortkomingen in eerder onderzoek en heeft een aantal noemenswaardige sterktes. Vooreerst werden de vragenlijsten die in dit onderzoek werden gebruikt, al gevalideerd in eerder onderzoek en blijken ze betrouwbaar te zijn om de onderzoeksvragen in de huidige studie te onderzoeken (BDI-II-NL: $\alpha = 0,88$; SCL-90: $\alpha = 0,96$; CDI: $\alpha = 0,77$; CBCL-affectieve schaal: $\alpha = 0,70$). We maakten ook gebruik van een *multi-method*, *multi-informant*-benadering om de betrouwbaarheid van onze studie nog te verhogen.

Naast sterktes kent deze studie ook een aantal beperkingen. Een tekortkoming betreft de crosssectionele aard van deze studie. Dit heeft tot gevolg dat er, anders dan bij longitudinaal onderzoek, enkel uitspraken gedaan kunnen worden over verbanden tussen verschillende variabelen en niet over oorzaak-gevolgrelaties (Leary, 2004). Verder zijn de ouderlijke depressieve symptomen/algemene psychopathologie maar bij één ouder gemeten, waardoor de mogelijkheid openblijft dat de veronderstelde nefaste effecten op het gezinsklimaat door de andere ouder gecompenseerd worden. Ook het verschil tussen de rapportages van beide ouders kan hierdoor niet worden nagegaan. Ten derde hebben we geen zicht op de samenstelling van de oudergroep en op de verhouding vaders-moeders in dit onderzoek. Bovendien viel de wederkerige invloed tussen ouder en kind buiten de scope van deze studie. Zo zijn bijvoorbeeld de emotionele reactiviteit van de jongere en/of eventuele externaliserende problemen niet meegenomen. Het is belangrijk dat toekomstig onderzoek meer aandacht besteedt aan modellen waarbij zowel de invloed van de ouder op het kind als de invloed van het kind op de ouder wordt nagegaan en dit door de tijd heen. Tot slot bevat de steekproef van deze studie uitsluitend jongeren uit één regio (groot-Deinze), die gekenmerkt wordt door een hoge mate van middenklassengezinnen.

Toekomstig onderzoek dient rekening te houden met uiteenlopende resultaten van ouderen zelfrapportage. Jongeren kunnen zelf meer depressieve gevoelens rapporteren dan uit de ouderrapportage naar voren komt. Het omgekeerde kan echter ook: door een negatieve cognitieve bias kunnen ouders meer depressieve klachten gewaarworden bij hun kind dan de jongere zelf ervaart. Toekomstig onderzoek kan gebruikmaken van post-hocanalyses om te onderzoeken op welke domeinen de verschillende types rapportage overeenkomen.

Het blijft dus zeker aangewezen om meerdere informanten aan te spreken. Mogelijk kunnen in toekomstig onderzoek beide ouders de vragenlijsten afzonderlijk invullen, zodat mogelijke verschillen tussen hun rapportages onderzocht kunnen worden.

Conclusie

Op basis van de huidige studie vonden we gedeeltelijke evidentie voor een verband tussen depressieve symptomen/algemene psychopathologie bij de ouder en bij de jongere. Daarnaast blijkt er een verband te zijn tussen zowel adaptieve als maladaptieve ER-strategieën en depressieve symptomen bij de jongere. Tot slot suggereren de resultaten dat er geen rechtstreeks verband is tussen depressieve symptomen/algemene psychopathologie bij de ouder en ER-strategieën bij de jongere.

Noot

1. Voor meer info: zie <https://www.jeugdenschool.be/Onderzoek.html> en <https://www.jeugdenschool.be/charter.html>

Literatuur

- Abela, J.R., Brozina, K., & Haigh, E.P. (2002). An examination of the response styles theory of depression in third- and seventh-grade children: A short-term longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *30*, 515-527. <https://doi.org/10.1023/a:1019873015594>
- Achenbach, T.M., McConaughy, S.H., & Howell, C.T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, *101*, 213-232. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.101.2.213>
- Achenbach, T.M., & Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles. An integrated system of multi-informant assessment*. Burlington: University of Vermont.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *30*, 217-237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Auteur.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Auteur.
- Arrindell, W.A., & Etterna, J.H.M. (1986). *SCL-90: handleiding bij een multi-dimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Bariola, E., Gullone, E., & Hughes, E.K. (2011). Child and adolescent emotion regulation: The role of parental emotion regulation and expression. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *14*, 198-212. <https://doi.org/10.1007/s10567-011-0092-5>

- Baron, R.M., & Kenny, D.A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.51.6.1173>
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory* (2nd ed.). San Antonio, TX: The Psychological Association.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 55, 83-96. <https://doi.org/10.2307/1129836>
- Bernerth, J.B., & Aguinis, H. (2015). A critical review and best-practice recommendations for control variable usage. *Personnel Psychology*, 69, 229-283. <https://doi.org/10.1111/peps.12103>
- Braet, C., Cracco, E., Theuwis, L., Grob, A., & Smolenski, C. (2013). *FEEL-KJ: vragenlijst over emotieregulatie bij kinderen en jongeren*. Amsterdam: Hogrefe.
- Braet, C., Theuwis, L., Van Durme, K., Vandewalle, J., Vandevivere, E., Wante, L., ... Goossens, L. (2014). Emotion regulation in children with emotional problems. *Cognitive Therapy and Research*, 38, 493-504. <https://doi.org/10.1007/s10608-014-9616-x>
- Braet, C., Wante, L., & Timbremont, B. (2014). Stemningsproblemen en depressie. In P. Prins & C. Braet (Red.), *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie* (pp. 325-349). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Cracco, E., Goossens, L., & Braet, C. (2017). Emotion regulation across childhood and adolescence: Evidence for a maladaptive shift in adolescence. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26, 909-921. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-0952-8>
- Cuijpers, P., & Smit, H.F.E. (2008). Subklinische depressie: een klinisch relevante conditie? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 519-528.
- Derogatis, L.R., Lipman, R.S., & Covi, L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale: Preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9, 13-27.
- Dunsmore, J.C., Booker, J.A., & Ollendick, T.H. (2013). Parental emotion coaching and child emotion regulation as protective factors for children with oppositional defiant disorder. *Social Development*, 22, 444-466. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2011.00652.x>
- Dunsmore, J.C., Booker, J.A., Ollendick, T.H., & Greene, R.W. (2016). Emotion socialization in the context of risk and psychopathology: Maternal emotion coaching predicts better treatment outcomes for emotionally labile children with oppositional defiant disorder. *Social Development*, 25, 8-26. <https://doi.org/10.1111/sode.12109>
- Eisenberg, N., Fabes, R.A., Shepard, S.A., Guthrie, I.K., Murphy, B.C., & Reiser, M. (1999). Parental reactions to children's negative emotions: Longitudinal relations to quality of children's social functioning. *Child Development*, 70, 513-534. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00037>
- Eisenberg, N., & Morris, A.S. (2002). Children's emotion-related regulation. *Advances in Child Development and Behavior*, 30, 189-229. [https://doi.org/10.1016/S0065-2407\(02\)80042-8](https://doi.org/10.1016/S0065-2407(02)80042-8)
- Eisenberg, N., & Valiente, C. (2004). Elaborations on a theme: Beyond main effects in relations of parenting to children's coping and regulation. *Parenting: Science and Practice*, 4, 319-323. https://doi.org/10.1207/s15327922par0404_2
- Evers, A., Van Vliet-Mulder, J.C., & Groot, C.J. (2005). *Documentatie van tests en testresearch in Nederland* (COTAN: Aanvulling 2005/01). Amsterdam: Boom.
- Garber, J., Braafladt, N., & Weiss, B. (1995). Affect regulation in depressed and nondepressed children and young adolescents. *Development and Psychopathology*, 7, 93-115. <https://doi.org/10.1017/S0954579400006362>
- Garber, J., & Cole, D.A. (2010). Intergenerational transmission of depression: A launch and grow model of change across adolescence. *Development and Psychopathology*, 22, 819-830. <https://doi.org/10.1017/S0954579410000489>
- Goodman, S.H., & Gotlib, I.H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 106, 458-490. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-295X.106.3.458>

- Gotlib, I.H., Lewinsohn, P.M., & Seeley, J.R. (1995). Symptoms versus a diagnosis of depression: Differences in psychosocial functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 90-100. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.63.1.90>
- Grob, A., & Smolenski, C. (2005). *Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen (FEEL-KJ)*. Bern, Schweiz: Huber.
- Gross, J.J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology, 2*, 271-299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Kolko, D.J., & Kazdin, A.E. (1993). Emotional/behavioral problems in clinic and nonclinic children: Correspondence among child, parent and teacher reports. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 34*, 991-1006. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1993.tb01103.x>
- Kopp, C.B. (1989). Regulation of distress and negative emotions: A developmental view. *Developmental Psychology, 25*, 343-354. <https://doi.org/10.1037%2F0012-1649.25.3.343>
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory (CDI)*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Kuppens, S., Grietens, H., Onghena, P., & Michiels, D. (2009). Measuring parenting dimensions in middle childhood: Multitrait-multimethod analysis of child, mother, and father ratings. *European Journal of Psychological Assessment, 25*, 133-140. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.25.3.133>
- Leary, M.R. (2004). *Introduction to behavioral research methods* (4th ed.). Boston, MA: Pearson.
- Mash, E.J., & Barkley, R.A. (Eds.). (2007). *Assessment of disorders in childhood and adolescence* (4th ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Morris, A.S., Silk, J.S., Steinberg, L., Myers, S.S., & Robinson, L.R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social Development, 16*, 361-388. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00389.x>
- Morris, A.S., Silk, J.S., Steinberg, L., Sessa, F.M., Avenevoli, S., & Essex, M.J. (2002). Temperamental vulnerability and negative parenting as interacting predictors of child adjustment. *Journal of Marriage and Family, 64*, 461-471. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2002.00461.x>
- Nelson, D.R., Hammen, C., Brennan, P.A., & Ullman, J.B. (2003). The impact of maternal depression on adolescent adjustment: The role of expressed emotion. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 935-944. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.5.935>
- Roelofs, J., Braet, C., Rood, L., Timbremont, B., Van Vlierberghe, L., Goossens, L., & Van Breukelen, G. (2010). Norms and screening utility of the Dutch version of the Children's Depression Inventory in clinical and non-clinical youths. *Psychological Assessment, 22*, 866-877. <https://doi.org/10.1037/a0020593>
- Salbach-Andrae, H., Klinkowski, N., Lenz, K., & Lehmkuhl, U. (2009). Agreement between youth-reported and parent-reported psychopathology in a referred sample. *European Child & Adolescent Psychiatry, 18*, 136-143. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-0710-z>
- Schäfer, J.Ö., Naumann, E., Holmes, E.A., Tuschen-Caffier, B., & Samson, A.C. (2017). Emotion regulation strategies in depressive and anxiety symptoms in youth: A meta-analytic review. *Journal of Youth and Adolescence, 46*, 261-276. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0585-0>
- Silk, J.S., Shaw, D.S., Forbes, E.E., Lane, T.L., & Kovacs, M. (2006). Maternal depression and child internalizing: The moderating role of child emotion regulation. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 35*, 116-126. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3501_10
- Silk, J.S., Steinberg, L., & Morris, A.S. (2003). Adolescents' emotion regulation in daily life: Links to depressive symptoms and problem behavior. *Child Development, 74*, 1869-1880. <https://doi.org/10.1046/j.1467-8624.2003.00643.x>
- Suveg, C., Shaffer, A., Morelen, D., & Thomassin, K. (2011). Links between maternal and child psychopathology symptoms: Mediation through child emotion regulation and moderation through maternal behavior. *Child Psychiatry & Human Development, 42*, 507-520. <https://doi.org/10.1007/s10578-011-0223-8>
- Timbremont, B., Braet, C., & Roelofs, J. (2008). *Children's Depression Inventory: handleiding* (Herz, ed.). Amsterdam: Pearson.

- Van Beveren, M.L., Harding, K., Beyers, W., & Braet, C. (2018). Don't worry, be happy: The role of positive emotionality and adaptive emotion regulation strategies for youth depressive symptoms. *British Journal of Clinical Psychology*, *57*, 18-41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12151>
- Van der Does, A.J.W. (2002). *Handleiding: de Nederlandse versie van de Beck Depression Inventory* (2^{de} ed.). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Van Roekel, E., Engels, R.C., Verhagen, M., Goossens, L., & Scholte, R.H. (2011). Parental depressive feelings, parental support, and the serotonin transporter gene as predictors of adolescent depressive feelings: A latent growth curve analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, *40*, 453-462. <https://doi.org/10.1007/s10964-010-9560-3>
- Verbeken, S., Boelens, E., Debeuf, T., Volkaert, B., Van Malderen, E., Wante, L., & Braet, C. (2019). EuREKA: een transdiagnostisch emotieregulatietrainingsprotocol voor kinderen en jongeren met psychische klachten. In C. Braet & M. Berkling (Eds.), *Emotieregulatietraining bij kinderen en adolescenten* (pp. 139-247). Houten: Bohn Stafleu van Loghum. https://doi.org/10.1007/978-90-368-2308-1_9
- Verhulst, F.C., Van der Ende, J., & Koot, H.M. (1996). *Handleiding voor de CBCL/4-18*. Rotterdam: Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis/Academisch Ziekenhuis Rotterdam/Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Wante, L., Van Beveren, M.L., Theuwis, L., & Braet, C. (2017). The effects of emotion regulation strategies on positive and negative affect in early adolescents. *Cognition and Emotion*, *32*, 988-1002. <https://doi.org/10.1080/02699931.2017.1374242>
- Waters, S.F., & Thompson, R.A. (2014). Children's perceptions of the effectiveness of strategies for regulating anger and sadness. *International Journal of Behavioral Development*, *38*, 174-181. <https://doi.org/10.1177%2F0165025413515410>
- Young, K.S., Sandman, C.F., & Craske, M.G. (2019). Positive and negative emotion regulation in adolescence: Links to anxiety and depression. *Brain Sciences*, *9*, 76. <https://doi.org/10.3390/brainsci9040076>

Summary

"Like parent, like child." The effect of parental depressive symptoms and the development of depressive symptoms in adolescents: The underlying role of emotion regulation

We examined the relation between depressive symptoms and overall psychopathology in parents and depressive symptoms in adolescents, and whether or not this relation can be (partially) explained by the emotion regulation (ER) strategies of the adolescent. Firstly, we found a positive association between depressive symptoms in adolescents and overall psychopathology in parents, both when depressive symptoms were measured via parent report and self-report. We found similar findings when we looked at specific depressive symptoms in parents. However, we could only find a significant result when the depressive symptoms of the youngsters were measured via parent report. Second, there appeared to be a positive relationship between maladaptive ER-strategies and depressive symptoms in adolescents. Adaptive ER-strategies were only negatively related to self-reported depressive symptoms in youth. We found no association between parental psychopathology and ER strategies in their child. This study points out the transgenerational nature of depressive symptoms. Since depressive symptoms in adolescence are a possible precursor to a later, more severe form of depression, early (secondary) prevention appears to be essential. In addition, teaching adaptive ER-strategies appears to be an important step in tackling depressive symptoms in adolescents.

Keywords: depressive symptoms, emotion regulation, maladaptive emotion regulation, adaptive emotion regulation, adolescents, youth

Personalia

Hanne Depauw, klinisch psycholoog.

E-mail: hanne.mdepauw@gmail.com

Marie-Lotte Van Beveren, klinisch psycholoog, onderzoeker verbonden aan de vakgroep Ontwikkelings-, Persoonlijkeits- en Sociale Psychologie, Universiteit Gent.

Jolien Braet, klinisch psycholoog, theoretisch en experimenteel psycholoog, onderzoeker verbonden aan de vakgroep Ontwikkelings-, Persoonlijkeits- en Sociale Psychologie, Universiteit Gent.

Annelies Van Royen, klinisch psycholoog, onderzoeker verbonden aan de vakgroep Ontwikkelings-, Persoonlijkeits- en Sociale Psychologie, Universiteit Gent.

Caroline Braet, hoogleraar, voorzitter van de vakgroep Ontwikkelings-, Persoonlijkeits- en Sociale Psychologie, Universiteit Gent.

Verantwoording

Geen strijdige belangen meegegeeld.