



Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen  
Academiejaar 2010-2011  
Tweede Examenperiode

*Attachment-Based Family Therapy voor adolescenten met depressieve symptomen: een N=1 studie.*

---

Masterproef neergelegd tot het behalen van de graad van Master in de Psychologie,  
Optie Klinische Psychologie

**Promotor: Prof. Dr. Caroline Braet**

Anouk Weyne

## Dankwoord

Vooreerst wil ik mijn begeleidster Eva Vandevivere bedanken voor de vele tips en hulp die ze mij gegeven heeft en het geduld dat ze daar bij aan de dag heeft gelegd.

Vervolgens bedank ik Prof. Braet die geholpen heeft om de laatste puntjes op de i te zetten.

Mijn dank gaat ook uit naar diegenen die alles hebben nagelezen en me met hun opbouwende kritiek verder op weg hebben geholpen. Voorts wil ik mijn vrienden en ouders bedanken voor de steun, ontspanning en de nodige zin voor humor en relativering die ze mij geboden hebben.

Tot slot gaat mijn dankbaarheid ook uit naar de begeleiders van de thuisbegeleidingsdienst van de Bijzondere Jeugdzorg en de cliënt en zijn moeder die mee werkten aan de studies. Zonder hen was deze masterproef niet mogelijk geweest.

Ondertekende, Anouk Weyne, geeft toelating tot het raadplegen van de masterproef door  
derden.

## Inhoudstafel

Abstract .....	1
Inleiding .....	2
Depressie .....	2
Classificatie en definitie.....	2
Prevalentie van depressie.....	5
Impact .....	6
Risicofactoren .....	8
Hechting.....	12
Definitie en ontwikkeling. ....	12
Hechtingsstijlen.....	13
Hechting bij adolescenten. ....	16
Intern Werkmodel (IWM).....	18
Hechting en aanpassing.....	20
Hechting en depressie. ....	20
Behandeling voor Depressie bij Adolescenten.....	22
Effectiviteit van de bestaande behandelingen voor depressie.....	23
Interventies met focus op de adolescent en depressieve symptomen. ....	24
Interventies met een oudercomponent. ....	26
Attachment-Based Family Therapy. ....	27
Algemene structuur van de hulpverlening in Vlaanderen.....	33
Bijzondere Jeugdzorg (BJZ).....	34
Probleemstelling .....	35
Studie 1.....	36
Methode.....	36
Deelnemers .....	36
Meetinstrumenten. ....	37
Procedure. ....	37
Resultaten .....	38
Descriptieve statistiek van meting één en twee. ....	38
Attitudes na de introductiedag. ....	38
Attitudes na de tweedaagse training.....	39
Discussie.....	39

Studie 2.....	424
Methode.....	44
Deelnemer .....	44
Meetinstrumenten. ....	47
Procedure. ....	49
Resultaten .....	51
Descriptieve Gegevens .....	51
Klinisch significante verandering: cutoff-scores. ....	52
Klinische significantie: Reliable Change Index.....	53
Discussie.....	53
Algemene Discussie .....	55
Resultaten .....	56
Limiteringen en sterktes van het onderzoek .....	57
Suggesties voor toekomstig onderzoek .....	61
Algemeen Besluit .....	62
Referenties.....	63
Bijlagen .....	I
Bijlage 1: Depressieve episode volgens DSM IV-TR.....	I
Bijlage 2: Beïnvloedende factoren van Quality of Life.....	II
Bijlage 3:Tevredenheidsvragenlijst – voormeting.....	III
Bijlage 4: Lijst van afkortingen .....	IV

## Lijst van Tabellen en Figuren

### *Tabellen*

Tabel 1: Interventies voor adolescenten met een depressie.....	25
Tabel 2: ABFT-taken .....	30
Tabel 3: Attitudes ten aanzien van interventiehandleidingen en ABFT voor en na de introductiedag.....	40
Tabel 4: Meetmoment drie: Attitudes ten aanzien van interventiehandleidingen en ABFT na de tweedaagse training (N=12).....	41
Tabel 5: Pre- en postmetingen van de CDI .....	51
Tabel 6: Pre- en postmetingen van de ECR-R en de Suicideschaal.....	52

*Figuren*

Figuur 1: Werkingsmechanisme van ABFT .....	29
Figuur 2: CBCL-scores voor internaliserende, externaliserende en totale problemen .....	45
Figuur 3: Scores op de syndroomschaal van de CBCL.....	46
Figuur 4: DSM-georiënteerde schalen van de CBCL .....	46
Figuur 5: Cutoff-scores voor klinisch significante verandering .....	50

## Abstract

Depressie in een wijdverspreid probleem, met een grote impact, ook bij adolescenten in Vlaanderen. Er werd reeds veel onderzoek gedaan om de ontstaansmechanismen van depressie te achterhalen. Uit dit onderzoek komen twee plausibele modellen naar voor. Dit zijn het diathese-stress model en het stress-generation perspectief. Beide modellen suggereren dat depressie zich ontwikkelt door middel van de interactie tussen kwetsbaarheden en stressoren. Daarbij treden kwetsbaarheidfactoren op als moderatoren. Hechting blijkt een belangrijke kwetsbaarheidfactor te vormen. Meer specifiek wordt er dan ook veronderstelt dat hechting de relatie tussen stress en depressie modereert. Tijdens de adolescentie spelen de ouders nog steeds een belangrijke rol als hechtingsfiguren. Daar bij komt dat het aantal stressoren in de adolescentie sterk stijgt, waardoor veilige hechting noodzakelijk is voor steun. Bijgevolg lopen adolescenten die niet veilig gehecht zijn een groter risico op depressie.

Bij de bestaande behandelingen wordt er meestal niet gewerkt aan de hechtingsrelatie. Attachment-Based Family Therapy, daarentegen, doet dit net wel. Deze 16-weeken durende behandeling tracht namelijk door het verbeteren van de hechting tussen één ouder en de adolescent, depressie aan te pakken. Daarbij werden er voor dit programma reeds bevredigende resultaten gevonden in effectiviteitstudies. Bovendien blijkt er binnen de thuisbegeleidingsdienst van de Bijzondere JeugdZorg (BJZ) nood te zijn aan kortdurende efficiënte behandelingen.

Bijgevolg werden twee onderzoeksvragen gesteld die vertolkt werden in twee studies. De eerste studie poogde doorheen de bevraging van de attitudes van de begeleiders van de thuisbegeleidingsdienst van de BJZ te achterhalen of er binnen die dienst een draagvlak was om ABFT te introduceren. Voorts werd er getoetst of een studiedag en een tweedaagse training in verband met ABFT effect hadden op die attitudes. De resultaten geven aan dat de betreffende dienst wel degelijk open staat voor ABFT en dat zowel de studiedag als de tweedaagse training de attitudes positief beïnvloedden. In de tweede studie werd de werkzaamheid van ABFT getoetst middels een *N=1* studie. De cliënt was een 17-jarige jongen met depressieve symptomen. Na afloop van de therapie was de ernst van zijn depressie significant afgenomen en werden er neerwaartse tendensen geobserveerd voor vermijdende hechting en suïcidaliteit. De angstige hechting, daarentegen, vertoonde een stijgende trend. Concluderend kan gesteld worden dat de thuisbegeleidingsdienst van de BJZ open staat voor de implementatie van het ABFT-programma en dat ditzelfde programma gedeeltelijk

werkzaam blijkt binnen die sector. Toch is verder onderzoek met betrekking tot beide onderzoeksvragen noodzakelijk.

## Inleiding

### *Depressie*

*Classificatie en definitie.* Depressie is een stemmingsstoornis. Stemmingsstoornissen worden naast de angststoornissen opgedeeld bij de internaliserende problematieken. Internaliserende stoornissen worden gekarakteriseerd door naar binnen gerichte symptomen en overgecontroleerd gedrag (Achenbach & McConaughy, 1992). Volgens de DSM IV-TR worden verschillende stemmingsstoornissen onderscheiden; namelijk de depressieve stoornissen (depressieve stoornis eenmalige episode of recidiverend, dysthyme stoornis en depressieve stoornis NAO) en bipolaire stoornissen (bipolaire I stoornis, bipolaire II stoornis, cyclothyme stoornis en bipolaire stoornis NAO) (American Psychiatric Association [APA], 2001).

Symptomen van een depressie situeren zich op vier verschillende domeinen. Vooreerst op het (1) *affectieve domein* waar er sprake is van negatief affect of stemming. Vervolgens wordt een depressie op het (2) *cognitieve domein* gekenmerkt door negatieve gedachten over zichzelf, de wereld en de toekomst, verlies van interesses en plezier en verminderde concentratie. Daarenboven wordt op het (3) *gedragsdomein* terugtrekking en vermindering van typische gedragingen vast gesteld. Tot slot zijn er op het (4) *fysiek domein* veranderingen in eetlust, slaap en energie op te merken. Het gevolg van de symptomen op die verschillende domeinen, is dat depressie zeer verschillende uitingsvormen heeft (Hammen & Watkins, 2008; World Health Organization [WHO], 2010a).

Allereerst worden depressies vaak binnen een categoriale visie beschouwd. Categoriale diagnostiek is gebaseerd op het idee dat psychische stoornissen discontinue entiteiten zijn (Taylor en Rutter, 2002). Binnen deze visie kan een depressie zowel gediagnosticeerd worden aan de hand van de DSM IV-TR als de ICD-10. De door de DSM IV-TR aangewende criteria zijn neergeschreven in Bijlage 1. De criteria die beide classificaties gebruiken zijn gelijklopend. Zo zijn de opgenomen symptomen gelijkaardig en hanteren beiden een vereiste periode van twee weken, waarin de symptomen moeten optreden (APA, 2001; World Health Organization [WHO], 1993). Echter, er zijn enkele verschillen tussen beide classificatiesystemen. De DSM IV-TR eist dat slechts criterium 1 (depressieve stemming gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag) of criterium 2 (duidelijke



vermindering van interesse of plezier in alle of bijna alle activiteiten gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag) aanwezig zijn (APA, 2001). Daarentegen verwacht de ICD-10 dat bij de persoon in kwestie de drie eerste criteria aanwezig zijn. Die drie criteria zijn (1) een neerslachtige stemming, (2) verlies van interesse, vreugdeloosheid, verminderde activiteit en gebrek aan energie en ten slotte (3) snel vermoeid zijn en vermoeidheid (WHO, 1993). Bij aanwezigheid van één of opeenvolgende depressieve episodes kunnen de diagnoses van, respectievelijk, majeure depressieve stoornis; eenmalige episode en majeure depressieve stoornis; recidiverend, toegekend worden (APA, 2001).

Naast de categoriale benadering van de DSM IV-TR en de ICD-10 is er de dimensionele benadering. Dimensionele modellen veronderstellen dat het menselijk functioneren te situeren is op een continuüm (Taylor & Rutter, 2002). Drie argumenten om dimensionele modellen te verkiezen worden aangehaald. Ten eerste hanteren categoriale benaderingen een absolute cutoff, zonder overgang om aan te geven wanneer iemand een pathologische reactie vertoont in plaats van een normale (Grietens, 2008). Dit houdt in dat categoriale diagnoses stellen dat er vanaf een bepaalde proportie van symptomen een diagnose van depressie toegestaan is. Echter, in de populatie werd er een lineaire evolutie van depressieve symptomen gevonden, die wijst op een duidelijke continue verdeling van die symptomen. Aldus is er voor een vanzelfsprekende cutoff gebaseerd op een natuurlijke discontinuïteit geen evidentie (Andrews et al., 2007). Bovendien kunnen personen die verhoogd, maar niet klinisch, scoren op bepaalde maten geïdentificeerd worden met behulp van dimensionele, maar niet met categoriale maten (Richardson, Russo, Lozano, McCauley, & Wayne, 2010). Uit het voorgaande blijkt dat dimensionele benaderingen bruikbaar zijn in de klinische realiteit. Ten tweede wordt ook het probleem van comorbiditeit beter aangepakt met dimensionele modellen. Comorbiditeit is in dimensionele modellen niet problematisch, maar eerder een illustratie van de grote verscheidenheid aan psychopathologie (Grietens, 2008). Deze visie staat toe om meer nuances te zien en doet meer recht aan de variaties die terug te vinden zijn in klinische stoornissen (Taylor & Rutter, 2002). Dimensionele modellen hebben dan ook een grotere concurrente validiteit dan categoriale modellen (Bjelland et al., 2009; Dunn et al., 2010). Ten derde hebben dimensionele modellen van depressie een grotere predictieve validiteit (Bjelland et al., 2009; Prisciandaro & Roberts, 2009). Dit heeft als gevolg dat specifieke noden (Bjelland et al., 2009), kwetsbaarheden (Verona & Javdani, 2011) en de ernst (Richardson et al., 2010) van de klachten van patiënten beter worden gedetecteerd. Een dimensionele benadering houdt hierdoor een voordeel in voor de behandelingskeuze (Andrews et al., 2007; Richardson et al., 2010), dit omdat er informatie

verloren gaat door het gebruik van een categoriale benadering (Bjelland et al., 2009). Niettegenstaande voorgaande argumenten heeft de categoriale benadering eveneens voordelen. De categoriale benadering verschaft diagnoses die accuraat en goed gedefinieerd zijn en de kwaliteit van het klinisch werk bevorderen. Categoriale diagnoses voorzien een objectieve wijze om de klinische realiteit te benaderen en vereenvoudigen de communicatie met de patiënten en de familie. Bovendien vergemakkelijken objectieve diagnoses de communicatie met sociale en juridische instellingen omdat ze een algemene taal voorzien (Bertelsen, 1999). Desalniettemin kan er geconcludeerd worden dat voor beide benaderingen voor- en nadelen aan te merken zijn. Dit zowel in de kliniek als in onderzoek.

De dimensionele benadering is dus waardevol. Echter, het blijft een zoektocht naar algemeen aanvaarde dimensies (Bjelland et al., 2009). Uit een meta-analyse van Shafer (2006) van depressiematen bleek dat depressie te meten was aan de hand van verschillende dimensionele componenten. Enkele mogelijke componenten zijn het hebben van een negatieve attitude ten aanzien van zichzelf, somatische klachten, depressief en positief affect en negatieve en positieve symptomen. Toch blijkt dat onafhankelijk van de dimensies die gehanteerd worden ongeveer dezelfde ernst terug gevonden. Watson et al. (1995) stelden twee onderliggende dimensies van depressie voor, zijnde 'negatief affect' en gebrek aan 'positief affect'.

Depressie bij adolescenten wordt op een gelijkaardige wijze benaderd. Net zoals bij volwassenen wordt depressie bij adolescenten namelijk ingedeeld bij de stemmingsstoornissen. De diagnostische criteria van een depressie voor kinderen en adolescenten, zoals gehanteerd door de DSM IV-TR, zijn dezelfde als die voor volwassenen. Mits één uitzondering: de depressieve stemming kan vervangen worden door prikkelbaarheid. Kenmerken zoals gevoelens van verdriet, verminderde energie, en verstoringen in slaap en eetlust blijven (APA, 2001). Ondanks het gebruik van ongeveer dezelfde criteria uit een depressie zich verschillend bij volwassenen dan bij kinderen (Angold, Costello & Erkanli, 1999; Ritakallio et al., 2008). Niet enkel op vlak van symptomen is een verschil merkbaar, maar ook met betrekking tot de duur. Namelijk, tijdens de adolescentie zijn depressieve episodes meestal meer kortdurend dan tijdens de volwassenheid (Mehler-Wex & Kölch, 2008). Door die verschillen op vlak van uiting van depressie is er dan ook vermoedelijk sprake van heterotypische continuïteit (Angold et al., 1999; Ritakallio et al., 2008). Binnen de ontwikkelingspsychologie pleit men dan ook voor het gebruik van een ontwikkelingsperspectief (Rutter & Sroufe, 2000). Een meetinstrument die gebaseerd is op dit ontwikkelingsperspectief is de Child Depression Inventory (CDI) van Maria Kovacs (1992). Dit screeningsinstrument is gebaseerd op de

assumptie dat de ernst van depressieve symptomen vast te stellen is aan de hand van vier factoren. De eerste factor is een depressiecomponent, de tweede staat voor perifere symptomen, de derde factor omvat inter-persoonlijke problemen en de vierde factor staat voor eigenwaarde en competentie (Timbremont, Braet & Roelofs, 2008).

Samenvattend kan er gesteld worden dat er verschillende benaderingen om depressie te diagnosticeren beschikbaar zijn. Deze verschillende benaderingen zijn onder te brengen in de categoriale, dan wel de dimensionele visie. Beide benaderingen hebben voor- en nadelen. Echter, in deze masterproef wordt de dimensionele visie verkozen. Eens valide en betrouwbare diagnostiek mogelijk is, kan er onderzoek gedaan worden naar prevalentie.

*Prevalentie van depressie.* Ten einde de omvang van het probleem van depressie te begrijpen, is het noodzakelijk de prevalentie van depressie te kennen. De World Health Organization (2010a) stelt dat wereldwijd 121 miljoen volwassenen en jongeren als depressief gediagnosticeerd werden. Dat is 1,78 % van de wereldbevolking. In centrumsteden wereldwijd loopt het prevalentiecijfer op tot 10,4% (Murthy et al., 2001). In Europa liggen de cijfers hoger, daar wordt de prevalentie op 17% geschat (Meltzer-Brody & Davidson, 2000). Voor België wordt de prevalentie lager ingeschat. Bij de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder leed 8 % aan depressieve gevoelens (Bayingana et al., 2004). Prevalentiecijfers van depressieve stoornissen bij adolescenten in Westerse geïndustrialiseerde landen gaan van 3.2 tot 8.9% in de gemeenschap en van 8 tot 25% in klinische steekproeven (Mehler-Wex & Kölch, 2008). De prevalentie bij Belgische adolescenten komt overeen met deze cijfers. Zo bleek in een Belgische steekproef van huishoudens dat 5.7% van de 16 tot 24-jarigen een hardnekkige depressie hadden (Bayingana et al., 2004).

Met betrekking tot de aanvang van depressie wordt er vast gesteld dat deze zich op steeds jongere leeftijd bevindt. De gemiddelde leeftijd waarop personen tegenwoordig hun eerste depressieve episode meemaken is 20 jaar. Naargelang de leeftijd toeneemt, stijgt ook het prevalentiecijfer en dit vooral vanaf de adolescentie (Bayingana et al., 2004; Mehler-Wex & Kölch, 2008; Rutter, Kim-Cohen, & Maughan, 2006). Eén op drie depressieve adolescenten herstelt spontaan binnen drie maand. Desalniettemin is er een hoog hervalpercentage bij adolescenten die eerder een depressie doormaakten (Mehler-Wex & Kölch, 2008). Er is evidentie dat depressies die beginnen in de adolescentie geassocieerd zijn met een direct risico op herhaling in de volwassenheid. Zo verklaren eerdere depressies 40 tot 70% van de prevalentie van depressies in de volwassenheid (Rutter et al., 2006). Adolescenten die een depressie doormaken hebben 2 tot 7 maal meer kans op latere depressie in vergelijking met

een controlegroep die nooit een depressie heeft doorgemaakt (Hammen & Watkins, 2008). Voorts stelt men bij adolescenten die hersteld zijn van een depressie 25% herval vast na één jaar, bij 40% na twee jaar en bij 72% na vijf jaar (Mehler-Wex & Kölch, 2008). In lijn hiermee werd in klinische steekproeven gevonden dat 60% of meer van de patiënten hervielen. Daar bij aansluitend geeft onderzoek bij steekproeven uit de gemeenschap aan dat 25 tot 45% van de personen, die een depressie meemaakten tijdens de adolescentie, hervalt (Hammen & Watkins, 2008). Tot slot is er een systematisch gendersverschil. Van allen die wereldwijd als depressief gediagnosticeerd worden zijn er twee derden vrouwen (World Health Organization [WHO], 2010b). Dit significante gendersverschil ontstaat tijdens de adolescentie; de ratio meisjes:jongens die een depressie doormaken wordt in deze periode bijna 2:1 (Mehler-Wex & Kölch, 2008; Rutter & Sroufe, 2000).

Uit de prevalentiecijfers blijkt dat depressieve klachten vaak voorkomen, dit vooral in de geïndustrialiseerde wereld. Bovendien wordt depressie ook vaker aangetroffen binnen de adolescentenpopulatie.

*Impact.* De impact die een stoornis heeft op zowel het individueel, sociaal en academisch leven van een adolescent en dit op korte en op lange termijn geeft een maat aan van de ernst van de stoornis. Zoals reeds aangehaald, ondervinden patiënten met depressie beperkingen in verschillende domeinen. De problemen die een depressieve adolescent ondervindt zijn, onder meer, psychisch en fysisch lijden, functionele achteruitgang, onbekwaamheden, familiale, sociale en professionele problemen. Bovendien leidt depressie ook tot aanzienlijke sterfte. Het sterftecijfer van personen die lijden aan een depressie is hoger dan dat van de algemene bevolking afgezien van suïcide. Depressie leidt eveneens tot ongunstigere afloop van lichamelijke ziektes (Bayingana et al., 2004; Demyttenaere, 2006). Voorts zijn gedachten aan de dood en suïcidaliteit (Bayingana et al., 2004; Portzky & van Heeringen, 2007; Sokero et al., 2005), vrijwillig zelfbeschadigend gedrag en middelenmisbruik (Portzky & van Heeringen, 2007) sterk geassocieerd met het doormaken van een depressie.

Naast deze indicatoren is Quality of Life (QoL) een maat van de levenstevredenheid, het welzijn, de beperking en het functioneren van patiënten (Demyttenaere, 2006). Een aantal factoren bepalen de QoL. Behalve door depressieve symptomen wordt de QoL van depressieve patiënten eveneens beïnvloed door de sociale steun, stigma en mate van bemeestering van hun symptomen die ze ervaren. De factoren en hun onderlinge verband zijn grafisch weer gegeven in Bijlage 2. Allereerst wordt QoL beïnvloed door de aanwezigheid en

de ernst van de depressieve symptomen. Sociale steun heeft een positieve directe en indirecte invloed. Daarentegen beïnvloedt stigma QoL zowel direct als indirect op een negatieve wijze. Ten slotte heeft bemeestering een direct positief effect op QoL en een negatief effect op de ernst van depressieve symptomen en zo eveneens een indirect positief effect op QoL (Chung, Pan, & Hsiung, 2009). Omgekeerd voorspellen QoL aspecten ook depressieve symptomen over tijd (Kuehner & Huffziger, 2009). Deze wederzijdse beïnvloeding van QoL en depressie wijst op belang dat behandelingen zich, behalve op symptoomreductie, ook dienen te richten op de verbetering van QoL (Demyttenaere, 2006).

Op sociaal en academisch vlak zijn er eveneens heel wat consequenties verbonden aan depressie. Allereerst worden personen met een depressie vaak uitgesloten uit de hoofdstroom van de samenleving door bijvoorbeeld exclusie van school. Hierdoor ervaart de persoon in kwestie minder sociale contacten heeft en worden ook andere mogelijkheden van het individu kunnen beperkt (Goffman, 1963). Voorts hebben personen die lijden aan depressie vaker problemen binnen menselijke relaties (Lamberg, Vitonen, Vahtera, Luukkaala & Koskenvuo, 2010), zo zijn ze vaak het slachtoffer van stigmatisering door schoolpersoneel, maar ook door leeftijdsgenoten. Dit heeft tot gevolg dat hun vriendschappen veranderen of verloren gaan en dat hun inter-persoonlijke relaties verstoord worden (Moses, 2010). Merk op dat jongeren zich in een ontwikkelingsfase bevinden waar de omgeving en hun leeftijdsgenoten belangrijker worden (Hublet, Vereecken, & Maes, 2006).

Bovendien heeft het doorleven van een depressie niet alleen impact op het individu, maar ook op de directe omgeving. Ten eerste is er de impact op het gezin, zo ondervinden ouders van depressieve kinderen stress (Donenberg & Baker, 1993), spanning en verdriet (Wahl & Harman, 1989). Ten tweede reageren familieleden vaak met medelijden tot wantrouwen en vermijding (Moses, 2010). Daarenboven kan de emotionele respons van de familie een negatieve invloed hebben op de perceptie van zichzelf en de wereld van de depressieve persoon, waardoor de kans op herval toeneemt. Dit gebeurt indien de familie met vooroordelen, sociale verwerping, beschuldiging, onbeschikbaarheid, non-responsiviteit of bestraffening reageert (Cicchetti, & Toth, 1994).

Naast de individuele belasting en de belasting op de directe omgeving, is er ook een impact op de maatschappij. Wereldwijd is depressie de belangrijkste oorzaak van beperking en de vierde grootste oorzaak van ziektelast (WHO, 2010a). In landen met een gemiddeld tot hoog inkomen is depressie zelfs verantwoordelijk voor de grootste ziektelast (Bohman et al., 2010). Ziektelast is een maat die de financiële impact van een ziekte op een land of regio en de evolutie van deze impact meet (Lopez, Mathers, Majid, Jamison, & Murray, 2006).

Depressie is verantwoordelijk voor een grotere zorgconsumptie en een grote kost voor de maatschappij. Dit komt door dat mensen met een depressie zowel tijdens een episode als erna kwetsbaarder zijn voor lichamelijke en psychische ziektes en aandoeningen, daarenboven genezen ze over het algemeen minder snel (Baune, Adrian, & Jacobi, 2007; Bayingana et al., 2004; Bohman et al., 2010).

Hierboven werden vooral de implicaties op korte termijn besproken, echter het doormaken van een depressie heeft eveneens gevolgen op lange termijn. Op individueel vlak zijn hoge niveaus van depressie geassocieerd met terugkerende depressieve episodes (Hammen & Rudolph, 2003; Mehler-Wex & Kölch, 2008). Naast herval zijn er eveneens lange-termijn consequenties op sociaal vlak. Bij jongens zijn depressies in de adolescentie geassocieerd met het moeilijker kunnen aangaan van partnerrelaties en met een hogere ratio van relatiebreuken dan hun leeftijdsgenoten als ze twintigers en jonge dertigers zijn. Bovendien is er ook een link tussen de ervaring van de relatie en depressieve symptomen op volwassen leeftijd (Maughan & Taylor, 2001).

Gezien de hoge prevalentie van depressie, de hoge hervalratio en de zware impact op adolescenten, hun omgeving en de maatschappij, en dit zowel op korte als op lange termijn is de behandeling van depressie bij adolescenten van groot belang. Om een bevredigende behandeling te ontwikkelen is het noodzakelijk inzicht te hebben in de risicofactoren die aan de basis van depressie liggen.

*Risicofactoren.* De hoge prevalentie, de ernst en de impact van depressie hebben onderzoekers aangezet tot het onderzoeken van de risicofactoren van depressie. Tot nu toe zijn er al enkele risicofactoren geïdentificeerd met betrekking tot het ontstaan van een depressie, die hoogst waarschijnlijk reeds van jaren op voorhand actief zijn (Dahl & Gunnar, 2009). Veel risicofactoren die gelden voor adolescenten, zijn gelijk aan die voor volwassenen (Fox, Halpern, & Forsyth, 2008). Desalniettemin zijn er ook enkele specifieke factoren werkzaam bij adolescenten. Met name factoren die geassocieerd zijn met de aanvang van de eerste episode, zijn vermoedelijk deels verschillend van de factoren die gerelateerd zijn met herhaaldelijke heroptreden van depressies (Rutter & Sroufe, 2000). Kennis van risicofactoren is belangrijk omdat dit de vroege identificatie en behandeling van personen met een verhoogd risico mogelijk maakt (Fox et al., 2008).

### Ontstaansmodellen

Reeds is er evidentie gevonden dat het stress generation perspectief en het diathese-

stress model, modellen zijn die het ontstaan van depressie bij jongeren gedeeltelijk kunnen verklaren (Eberhart, Auerbach, Joseph, & Abela, 2011). Het diathese-stress model stelt dat personen met vooraf bestaande kwetsbaarheden een hogere kans hebben op het ontwikkelen van depressie indien ze geconfronteerd worden met stressoren. Het is net de combinatie van stress en kwetsbaarheidfactoren die tot depressie leidt (Abela & Sullivan, 2003; Beck, 1967; 1983; Eberhart et al., 2011; Hankin, 2008; Kuroda & Sakurai, 2011). Daarentegen suggereerde Hammen (1991) met het stress-generation perspectief dat personen stress niet passief ondergaan, maar een actieve rol spelen in de creatie van deze stresserende levensgebeurtenissen. Het stress generation perspectief stelt dat een deel van de stressoren beleefd worden net doordat de persoon depressief is (Hammen, 2006). Bepaalde cognitieve schema's zouden stress veroorzaken. Effectieve coping wordt bemoeilijkt door negatieve cognities, waardoor meer stress optreedt en de persoon een verhoogde kans heeft om depressief te worden. Stressoren en cognities over zelf en omstandigheden nemen in dit model de vorm aan van mediators tussen eerdere en latere depressie (Hammen, 1991). Deze theorie biedt een verklaring voor het optreden van zowel eenmalige als chronische stress (Liu & Alloy, 2010).

Centraal in voorgaande modellen is de interactie van onderliggende kwetsbaarheden, vaak onder de vorm van cognitieve schema's, met stressoren. Beide modellen stellen dat depressie slechts optreedt in de aanwezigheid van kwetsbaarheden (Abela & Sullivan, 2003; Beck, 1967, 1983; Eberhart et al., 2011; Hammen, 1991; Hankin, 2008; Kuroda & Sakurai, 2011) die de relatie tussen stress en depressie modereren (Bull, Scheithauer, Groen, & Peterman, 2005; Fox et al., 2008). Deze kwetsbaarheden nemen vaak de vorm aan van maladaptieve schema's (Abela & Sullivan, 2003; Beck, 1967, 1983). Young et al. (2003) definieerde vroege maladaptieve schema's (EMS) die gevormd worden door vroege trauma's als "brede, pervasieve thema's of patronen die uit herinneringen, emoties, cognities en lichamelijke sensaties met betrekking tot zichzelf en de relaties met anderen, ontwikkeld gedurende de kindertijd of adolescentie, uitgewerkt gedurende het leven en in een significante mate disfunctioneel" (p. 7). Vervolgens bleek dat die EMS's latere psychopathologie voorspellen (Schmidt, Joiner, Young, & Telch, 1995). Meer specifiek wees onderzoek uit dat de EMS's de ernst (McGinn, Cukor, & Sanderson, 2005) en specifieke symptomen (Lumley & Harkness, 2007) van latere depressie voorspellen. Vooreerst wordt er in gegaan op de kwetsbaarheidfactoren, vervolgens komen de stressfactoren aan bod.

## Kwetsbaarheidfactoren

Onderzoek heeft reeds meerdere kwetsbaarheidfactoren op verschillende domeinen geïdentificeerd. Vooreerst verklaren genen gedeeltelijk het ontstaan van een depressie. Voor mannen wordt de overerfbaarheid op 29% en voor vrouwen op 42% geschat. Vroege aanvang van depressie wordt geassocieerd met hogere familiale aggregatie (Stancer, Persad, Wagener, & Jorna, 1987; Goldberg, 2006). Niettegenstaande de genetische overerfbaarheid blijken psychische en omgevingsfactoren een toekomstige depressie beter te voorspellen. Er zijn weliswaar interacties tussen de verschillende categorieën risicofactoren (Fox et al., 2008).

Ten tweede vormt neurotiscisme als persoonlijkheidstrekk een kwetsbaarheidfactor. Neurotiscisme wordt vaak geassocieerd met negatieve emotionaliteit (Clark & Watson, 1991; Clark, Watson & Mineka, 1994). Jongeren die risico lopen op het ontwikkelen van een depressie vertonen over het algemeen lage positieve en verhoogde negatieve emotionaliteit (Austin & Chorpita, 2003; Dahl & Gunnar, 2009). Ten derde is er bij jongeren die risico lopen op het ontwikkelen van depressie vaak sprake van moeilijke emotieregulatie (Silk, Steinberg, & Morris, 2003) en coping (Garber, Braafladt, & Weiss, 1995; Wadsworth & Compas, 2002). Ten vierde bestaat er evidentie voor een specifieke cognitieve kwetsbaarheid, een bias naar zelfrefererende informatie. Kwetsbare personen rapporteren een hogere frequentie van negatieve en een lagere frequentie van positieve gedachten. Alsook een perceptiebias met betrekking tot de probabiliteiten van negatieve en positieve gebeurtenissen in de toekomst. Een vijfde kwetsbaarheidfactor is het hebben van andere psychopathologie (Restifo & Bögels, 2009). Ten zesde vormt onveilige hechting eveneens een kwetsbaarheid. Niet enkel de huidige, maar ook de vroegkinderlijke hechtingskwaliteit is van belang (Armsden, McCauley, Greenberg, Burke, & Mitchell, 1990; Essau, 2004; Restifo & Bögels, 2009; Sroufe, Egeland, Carlson, & Collins, 2005; Warren, Huston, Egeland, & Sroufe, 1997). Onveilige hechting neemt de vorm aan van een maladaptief schema (Eberhart, et al., 2011).

## Stressfactoren

Grant et al. (2003) definieerden stress als “gebeurtenissen in de omgeving of chronische condities die objectief gezien de fysieke of psychische gezondheid of het welzijn van individuen van een bepaalde leeftijd in een bepaalde samenleving bedreigen” (p. 449). Deze definitie benadert stress als een objectief gegeven. Echter, anderen benaderen stress als een interactie tussen omgeving en de individuele psychische reactie, waardoor stress dus een subjectief concept wordt (Grant et al., 2003).

Zoals reeds aangehaald stellen het diathese-stress model en het stress generation



perspectief dat het net de interactie van kwetsbaarheden met stressfactoren is die leidt tot depressie (Abela & Sullivan, 2003; Eberhart et al., 2011; Hammen, 1991; Hankin, 2008; Kuroda & Sakurai, 2011). In overeenstemming met deze modellen blijkt er een significante correlatie te bestaan tussen stress en depressie (Bull et al., 2005; Garber et al., 2002; Ge, Conger, & Elder, 2001; Hammen, 2006). Consistent met de stijging van de prevalentie die eerder besproken werd blijken mensen vanaf de puberteit meer geconfronteerd te worden met stress (Ge et al., 2001). Dit komt door dat het begin van de adolescentie een periode van grote veranderingen en ook het begin van een kwetsbare periode inluit. Hiermee verhoogt de kans op het ontwikkelen van depressie (Dahl & Gunnar, 2009). Voorts ervaren adolescenten meisjes meer stressoren dan hun mannelijke leeftijdsgenoten (Ge, Lorenz, Conger, & Elder, 1994).

Meerdere stresserende levensgebeurtenissen zijn reeds in verband gebracht met het ontstaan van depressie. Enkele voorbeelden zijn terminale ziekte van een ouder (Eley & Stevenson, 2000; Gothelf, Aharonovsky, Horesh, Carty, & Apter, 2004), lage sociale steun in de kindertijd (Eley & Stevenson, 2000; Landman-Peeters et al., 2005), lage familiale cohesie, (Bernstein, Warren, Massie, & Thuras, 1999; Cuffe, McKeown, Addy, & Garrison, 2005; Nomura, Wickramaratne, Warner, Mufson, & Weissman, 2002), grensverstoringen (Jacobvitz, Hazen, Curran, & Hitchens 2004), geweld (Gaylord-Harden, Cunningham & Zelencik, 2011) en het overlijden van naasten (Gheyara, Klump, McGue, Iacono & Burt, 2011). Byrne, Davenport en Mazanov (2007) identificeerden aan de hand van literatuurstudie en focusgroepen tien factoren die de voornaamste stressoren bij adolescenten representeren en tevens typisch zijn voor deze leeftijdsgroep. De tien factoren correleren bovendien met maten van depressie. De tien factoren bestaan uit stress door het leven thuis, presteren op school, schoolaanwezigheid, romantische relaties, groepsdruk, omgang met leerkrachten, onzekerheid over de toekomst, conflicten op school of in de vrije tijdsbesteding, financiële druk en de verantwoordelijkheden die gepaard gaan met de jongvolwassenheid.

Iedere persoon wordt geconfronteerd met stressfactoren. Maar, niet iedereen ontwikkelt hierdoor een depressie. Bijgevolg is het belangrijk om bij het ontstaan van depressie de wisselwerking tussen stress en kwetsbaarheidfactoren in rekening te brengen. Depressie is dan ook niet het resultaat van één, maar van meerdere inter-agerende factoren (Abela & Sullivan, 2003; Beck, 1967; 1983; Eberhart et al., 2011; Hankin, 2008; Kuroda & Sakurai, 2011). Bovendien blijkt een onveilige hechtingstructuur één belangrijke kwetsbaarheidfactor te vormen (Armsden et al., 1990; Essau, 2004; Restifo & Bögels, 2009; Sroufe et al., 2005; Warren et al., 1997). In volgende delen wordt dieper in gegaan op de hechtingstheorie en de link met depressie.

## *Hechting*

Armsden et al. (1990), Essau (2004), Sroufe et al. (2005) en Warren et al. (1997) stelden vast dat hechting één van de belangrijkste risicofactoren is voor de ontwikkeling van depressie. Echter, alvorens na te gaan hoe deze risicofactor aangewend kan worden om depressie tegen te gaan, wordt er dieper ingegaan op wat hechting is. Vooreerst wordt de definitie en de ontwikkeling van hechting gegeven. Vervolgens wordt er dieper ingegaan op hechting bij de doelgroep van deze masterproef, de adolescenten. Ten slotte wordt de link gelegd tussen hechting en depressie.

*Definitie en ontwikkeling.* Bowlby (1969, 1973) legde de basis voor de hechtingstheorie. Hij stelde dat hechting tussen kinderen en hun ouders tot stand komt doordat kinderen hechtingsgedrag stellen, waar de ouders al dan niet responsief en sensitief op zullen reageren. Sensitiviteit die van de hechtingsfiguur uitgaat is één van de beste predictoren van de veiligheid van hechting (Nievar & Becker, 2008). De interactiepatronen die hieruit voortvloeien worden opgeslagen in hechtingsrepresentaties die gedurende het ganse leven aanwezig blijven en de basis voor de persoonlijkheidsontwikkeling vormen (Bowlby, 1969, 1973).

Aangezien hechting tot stand komt in zorgrelaties (Ainsworth, 1989) veronderstelt de hechtingstheorie een onmisbare rol van de primaire verzorgingsfiguren. De relaties met deze verzorgingsfiguren die mensen voorzien van bescherming door het bieden van troost en veiligheid vormen de kern van hechting. Hechting moet bijgevolg steeds gezien worden als een interactie tussen een persoon en zijn hechtingsfiguren. Het is doorheen die interacties dat hechtingsrepresentaties gevormd worden. Wanneer een zuigeling een fysiologische verstoring ervaart zal hij pogen om de aandacht en nabijheid van de verzorgingsfiguur te bekomen door hechtingsgedrag te stellen, dit is bijvoorbeeld huilen (Ainsworth, 1989; Bowlby, 1969, 1973). Het kind verwacht van de verzorgingsfiguur dat hij de verstoring zal aanpakken en eveneens zal aangeven wat de oorzaak is van zijn ongemak (Bowlby, 1969, 1973). De reactie van de verzorgingsfiguur resulteert in een psychofysiologische toestand bij het kind die al of niet aangenaam is (Holmes, 2001). Afhankelijk van de respons van de verzorger zal het kind geleidelijk aan een veilige of onveilige, hechtingsrepresentatie ontwikkelen (Mikulincer, Shaver, & Pereg, 2003; Takahashi, 2005). Echter, kinderen hechten zich aan hun hechtingsfiguren, of die nu tegemoet komen aan de fysiologische behoeften van het kind of niet (Bowlby, 1969, 1973).

Oorspronkelijk is het hechtingsgedrag niet persoonsspecifiek. Echter, na verloop van

tijd leert het kind personen discrimineren en stelt hij ook zijn hechtingsgedrag af op de verzorgingsfiguur waartoe hij zich richt. Aan de hand van de wijze waarop de verzorgingsfiguur zal reageren, zal het kind wetmatigheden ontdekken en verwachtingen creëren (Ainsworth, 1989). Deze verwachtingen en representaties vormen de hechtingsrepresentaties die georganiseerd worden in het interne werkmodel (Bowlby, 1982). Het hechtingssysteem bevat dus een interne en een externe component. De representaties vormen de interne component, de externe component wordt gevormd door het hechtingsgedrag (Ainsworth, 1989).

Drie elementen vormen de kern van de hechtingstheorie. Vooreerst is er het hechtingsgedrag, namelijk *nabijheid zoeken*. Een persoon voelt steeds de nood om nabij te zijn bij zijn hechtingsfiguur (Ainsworth, 1989), hierdoor zoekt een individu steeds nabijheid bij en wil niet gescheiden worden van zijn hechtingsfiguur. Bij scheiding reageert de persoon gestresseerd (Ainsworth, 1978). De *veilige haven* is de hechtingsfiguur naar wie een angstig of bedreigde persoon zich wendt om steun, troost en bevestiging te krijgen (Ainsworth, 1978). Initieel is de veilige haven een externe figuur naar wie het kind zich in een bepaalde mate wendt om beschermd te worden, later wordt deze figuur geïnternaliseerd naar een representatie van veiligheid (Mikulincer et al., 2003; Takahashi, 2005). Tenslotte is de *secure base* de hechtingsfiguur die dient als uitvalsbasis om de wereld te verkennen (Ainsworth, 1978, 1989; Goldsmith, 2010; Mikulincer et al., 2003). De aanwezigheid van zo'n secure base is noodzakelijk voor de overleving (Goldsmith, 2010; Mikulincer et al., 2003; Takahashi, 2005). De laatste twee elementen, de veilige haven en de secure base, behoren tot de interne component van hechting (Ainsworth, 1989).

Bowlby (1969, 1973) stelde dat hechtingsrelaties levenslang aanwezig blijven. Nochtans vindt er in verschillende levensfasen een verandering plaats in zowel de hechtingsrepresentaties als het gedrag (Ainsworth, 1989). Een persoon kan weliswaar eenzelfde hechtingspatroon behouden doorheen verschillende levensperioden, niettegenstaande dat de gedragsdimensies en/of hun functies wijzigen doorheen het leven (Fraleay & Spieker, 2003).

### *Hechtingsstijlen.*

Ainsworth en Bell (1970) breidden Bowlby's theorie uit en ontwikkelden een procedure om de hechtingsstijl van baby's en peuters ten opzichte van hun moeder na te gaan. Deze procedure is de vreemde-situatieprocedure of de Strange Situation procedure (SS). Aan de hand van een SS is het mogelijk om exploratie- en hechtingsgedrag onder verschillende

condities gedurende een korte tijdspanne bij een kind te observeren. De vreemde-situatieprocedure bestaat uit verschillende scheiding- en herenigingsfasen. Vooral op basis van het gedrag dat het kind stelt tijdens de herenigingsfasen wordt de hechtingsstijl van het kind ten aanzien van de moeder geclassificeerd (Ainsworth, 1979). Gedrag van het kind wordt gescoord op vijf schalen. De eerste schaal is (1) nabijheid en contact zoeken, ten tweede is er het (2) contactbehoudend gedrag, als derde is er (3) vermijding van nabijheid en interactie. (4), contact- en interactieweigerend gedrag is de vierde klasse en als laatste is er (5) het zoekgedrag. Op basis van de scores op die vijf gedragsklassen worden kinderen opgedeeld in de drie verschillende hechtingscategorieën die Ainsworth en Bell (1970) onderscheidden. Enerzijds is er veilige hechting (Ainsworth, 1978), anderzijds werd de onveilige hechting verder onderverdeeld in angstig/ambivalente en vermijdende hechting.

Kinderen die *veilig gehecht* zijn gebruiken hun verzorgers als secure base van waaruit ze de wereld kunnen exploreren en bij wie ze veiligheid kunnen vinden (Ainsworth, 1989). Aldus bevordert de aanwezigheid van een persoon aan wie een kind veilig gehecht is de exploratie bij het kind. Zodoende zullen veilig gehechte kinderen tijdens de SS, nabijheid zoeken bij hun moeder tijdens de hereniging (Ainsworth, 1979). Een gevoel van veilige hechting wordt verkregen door de mate waarin kinderen hun hechtingsfiguren percipiëren als consistent beschikbaar, sensitief en responsief (Ainsworth, 1989), waarvan vooral de sensitiviteit en responsiviteit gedurende het eerste levensjaar predictief is (Ainsworth, 1978).

Bij gebrek aan responsiviteit en sensitiviteit van de verzorgingsfiguren kunnen deze figuren minder gebruikt worden als secure base om naar terug te keren in geval van nood. Bijgevolg worden er onveilige hechtingsrepresentaties gevormd (Ainsworth, 1989; Brumariu & Kerns, 2010; Nievar & Becker, 2008). Onveilige hechtingsstijlen worden ofwel geuit onder de vorm van emotionele vermijding, ofwel door verhoogde emotionele reactiviteit met vooral negatieve emoties die het individu dreigen te overweldigen (Murray & Cooper, 2003). Er kan duidelijk onderscheid gemaakt worden tussen de verschillende onveilige hechtingspatronen.

*Angstig/ambivalent* gehechte kinderen vertonen angstig en buitensporig hechtingsgedrag en verhoogde afhankelijkheid van de hechtingsfiguur. Dit uit zich in een sterke nood aan nabijheid, zich zorgen maken over relaties en angst voor verwerping (Cassidy & Berlin, 1994, Main & Solomon, 1986). Gedurende de vreemde situatie procedure zoekt deze groep nabijheid, maar tegelijkertijd weigert ze het contact met de moeder tijdens de hereniging (Ainsworth, 1979). Deze hechtingstijl komt tot stand door een inconsistent beschikbare hechtingsfiguur. *Vermijdend* gehechte kinderen hebben de neiging om negatief affect te maskeren. Ze vallen het liefst terug op zichzelf, geven de voorkeur aan emotionele

afstand ten aanzien van anderen, treden in affectneutrale interacties met de hechtingsfiguur en minimaliseren het belang van de hechtingsfiguur als bron van troost (Main & Solomon, 1986). Deze groep zoekt tijdens de herenigingsfasen van de SS dan ook geen nabijheid met de moeder (Ainsworth, 1979). Vermijdende hechting zou tot stand komen door consistente verwerping door de hechtingsfiguur (Brumariu & Kerns, 2010; Cassidy & Berlin, 1994).

Ten slotte voegden Main en Solomon (1986) een vierde onveilige hechtingscategorie toe. Het betreft kinderen die *gedesorganiseerd* gehecht zijn. Personen met deze stijl beschikken niet over een coherent georganiseerde strategie om met spanning om te gaan in aanwezigheid van hun verzorger. Deze kinderen vertonen, bij hereniging tijdens de SS, gedrag dat niet op te delen is bij de voorgaande drie categorieën. Dit type hechting zou veroorzaakt worden door inconsistente ouderlijk gedrag (Main & Solomon, 1986) of ook indien de verzorgingsfiguren zowel een bron van angst en geruststelling zijn (Main & Solomon, 1990).

Voorafgaandelijk werd hechting aan de hand van een categoriale benadering besproken. Echter, Fraley en Spieker (2003) stellen dat het beter is om hechting binnen een dimensionele visie te beschouwen. Bartholomew en Horowitz (1991) hebben op basis van de hechtingstheorie van Bowlby (1969, 1973) een dimensioneel classificatiemodel gemaakt voor hechting. Twee dimensies snijden elkaar doormidden waardoor er vier kwartielen ontstaan. De eerste dimensie representeert de mate waarin men positief staat ten opzichte van zichzelf. De tweede dimensie staat voor de mate waarin men positief staat ten opzichte van de ander. Het kwartiel van de *veilige hechting* wordt gevormd door een positief beeld van zichzelf en van de ander. Daarentegen kenmerkt *angstig/ambivalente* hechting zich door een negatief beeld van zichzelf en de ander. Een persoon die *vermijdend* gehecht is vertoont een positief beeld van zichzelf, maar een negatief beeld van de ander. Tot slot wordt *gepreoccupeerde* hechting gekenmerkt door een negatief beeld van zichzelf en een positief beeld van de ander (Bartholomew & Horowitz, 1991).

Een alternatief model dat eveneens voor handen is, bestaat andermaal uit twee snijdende assen, die nu angst en vermijding representeren. Meer specifiek geeft de eerste as aan in hoe ver een persoon nabijheid zoekt, de tweede as staat voor de mate van woede en resistentie. *Veilig* gehechte kinderen scoren hoog op nabijheid zoeken en laag op de woede/resistentie. Een *angstig/ambivalent* kind bevindt zich in het kwartiel van hoge resistentie/woede en hoge nabijheid (Brennan, Clark, & Shaver, 1998), en hanteert een zogenaamde hyperactiverende strategie (Cassidy & Kobak, 1988). Een *vermijdend* kind scoort laag op nabijheid zoeken en laag op woede/resistentie (Brennan, Clark & Shaver,

1998). Dit laatste wordt een deactiverende strategie genoemd (Cassidy & Kobak, 1988). Een meetinstrument dat gebaseerd is op die dimensies van angst en vermijding is de Experiences in Close Relationships schaal (ECR; Fraley, Waller, & Brennan, 1998). Door middel van confirmatorische factoranalyse werden beide onderliggende dimensies terug gevonden (Fairchild & Finney; 2006).

Onafhankelijk van de gehanteerde dimensies kan gesteld worden dat veilig gehechte personen het gevoel hebben dat de wereld een veilige plaats is en dat men kan vertrouwen op anderen die hen zullen beschermen. Ze kunnen hierdoor de omgeving exploreren ( Fraley & Spieker, 2003; Mikulincer et al., 2003). Bovendien vertonen die personen meer emotionele openheid (Mikulincer et al., 2003) en de capaciteit om over emotionele responsen te reflecteren (Fraley & Spieker, 2003). De onveilige stijlen, daarentegen, vertonen ondanks de onderlinge verschillen één gemeenschappelijk punt. Bij alle drie de patronen blijven emotionele responsen redelijk ongeïntegreerd. Deze personen falen in het zoeken van nabijheid teneinde om te gaan met spanning. Hierdoor is het moeilijker voor deze personen om bij confrontatie met inter-persoonlijke problemen tot weloverwogen oplossingen te komen. Secundaire strategieën, zoals deactivering of hyperactivering van emoties, worden ontwikkeld als alternatieve wijzen om om te kunnen gaan met spanningen (Cassidy & Kobak, 1988).

Concluderend kan gesteld worden dat vroege hechtingservaringen resulteren in verschillende hechtingstijlen. Die stijlen uit zich in gedrag, cognities en emoties en zijn te beschouwen binnen categoriale (Ainsworth, 1978) of dimensionele visies (Fraley & Spieker, 2003; Mikulincer et al., 2003). In deze masterproef wordt er gekozen voor de dimensionele benadering. Meer specifiek zal de Experiences in Close Relationships - Revised Child vragenlijst (ECR-R, Brennan, Clark & Shaver, 1998) gehanteerd worden. In wat volgt wordt er specifiek ingegaan op hechting bij adolescenten.

*Hechting bij adolescenten.* Hechtingsgedrag bij adolescenten lijkt op het eerste zicht sterk verschillend van jongere kinderen. Adolescenten lijken actief weg te vluchten van en rekenen minder op hechtingsrelaties met ouders en ouderlijke hechtingsfiguren. Dit komt doordat de jongere onafhankelijker wordt en niet doordat de relatie minder belangrijk wordt. Die verandering kan gezien worden als onderdeel van de autonomieontwikkeling die in deze levensfase een belangrijke ontwikkelingstaak inhoudt (Allen & Land, 1999). De drang naar autonomie treedt dan ook typisch op vanaf het begin van de adolescentie (Beyers, Goossens, Vansant, Moors, 2002) en is een vorm van exploratie (Allen & Land, 1999). Ideaal houdt die

ontwikkeling een evolutie in van sterke verbondenheid naar een balans van zelfbeschikking, onafhankelijkheid en verbondenheid met de ouders. Voor de uitbouw van die balans is een zekere mate van, maar geen absolute separatie noodzakelijk (Beyers et al., 2002). Aldus blijkt autonomieontwikkeling en de uitbouw van de balans tussen autonomie en separatie het beste te verlopen met een achtergrond van veilige hechtingsrelaties die ook na de adolescentie blijven duren. Veilige hechting zou adolescenten zelfs helpen om deze ontwikkelingstaak te vervolbrengen. Vervolgens is veilige hechting tijdens de adolescentie ook gecorreleerd met positievere relaties met leeftijdsgenoten en een hogere zelfwaardering (Allen & Land, 1999). De relaties die een adolescent uitbouwt in deze periode vormen een basis om verder te ontwikkelen (Allen, Hauser, Bell & O'Connor, 1994).

De afstand die adolescenten creëren is functioneel redelijk vergelijkbaar met het exploreren van zeer jonge kinderen. Zoals vermeld gebruiken jonge kinderen hun hechtingsfiguur om op terug te vallen in tijden van nood. Dit gedrag wordt ook terug gevonden bij adolescenten. De adolescent exploreert het leven en probeert dit onafhankelijk van de ouders te doen. Maar, op stressvolle momenten zullen de meeste adolescenten ook hun ouders opzoeken., dit vaak tot in de jongvolwassenheid. Dit terugvallen op de veilige basis in tijden van nood, wordt tijdens de adolescentie trouwens veel intenser gesteld dan in gelijk welke andere levensfase. Aldus blijven ouders ondanks de schijn van separatie tijdens deze levensfase belangrijke hechtingsfiguren (Allen & Land, 1999).

Derhalve is de adolescentie op vlak van hechting een transitieperiode. De jongere wordt immers minder afhankelijk van de zorg van de primaire hechtingsfiguren en ontwikkelt zich tot een persoon die zelf de rol van hechtingsfiguur op zich kan nemen. Echter ook op andere vlakken zijn veranderingen merkbaar. De hechting van de adolescent transformeert zowel op emotioneel, gedragsmatig als op cognitief vlak. Zo ontstaat er in de overgang van de kindertijd naar de volwassenheid één overkoepelende hechtingsorganisatie, dit met behulp van abstractie en generalisatie van de meerdere onderscheiden patronen uit de kindertijd. De jongere blijft de verschillen tussen afzonderlijke relaties wel zien, die kunnen zelf verscherpt worden, maar ontwikkelt tevens een geïntegreerde strategie. Deze strategie wordt gehanteerd om hechtingsrelaties te benaderen en is zeer predictief voor toekomstig gedrag in nieuwe hechtingsrelaties (Dahl & Gunnar, 2009). Bovendien krijgt de adolescent door de autonomieontwikkeling de mogelijkheid om de hechtingsrelatie met de ouders te herevalueren (Allen & Land, 1999). Indien de adolescent het gevoel heeft open en zonder angst voor verwerping te kunnen communiceren en bovendien ook het gevoel heeft terug te kunnen vallen op de ouders voor bescherming tegen emotionele en fysieke pijn, dan blijft een veilige

hechting uit de voorgaande levensfasen behouden (Kobak, Sudler & Gamble, 1991).

Aldus blijkt dat hechting kan wijzigen, nochtans zijn de meningen over de stabiliteit van hechting verdeeld. Fraley en Spieker (2003) stellen dat de onderliggende basisdimensies van hechting relatief invariant zijn doorheen de ontwikkeling, daarentegen vonden Allen, Hauser, Bell en O'Connor (1994) een lage mate van stabiliteit op vlak van hechting tussen de peutertijd en de adolescentie. Voorts wezen Main, Hesse en Kaplan (2005) en Sroufe et al., (2005) erop dat gedesorganiseerde hechting tijdens de peutertijd wel degelijk onveilige hechting in de adolescentie voorspelt, maar geen desorganisatie. Hechtingsrepresentaties zijn dus niet volledig stabiel over tijd, er is minstens een zekere mate van variabiliteit over tijd (Aikins, Howes & Hamilton, 2009). Bijgevolg mag vroege hechting niet als enige predictor gezien worden van de hechtingsrepresentatie in de adolescentie. Reeds werd vast gesteld dat negatieve levensgebeurtenissen en negatieve inter-persoonlijke ervaringen het risico op onveilige hechting in de adolescentie verhogen. Hierdoor komt ook de succesvolle omgang met toekomstige stressoren in het gedrang (Allen et al., 1994). Bovendien wijst het onderzoek aangehaald bij stressfactoren op een hogere aanwezigheid van negatieve levensgebeurtenissen bij adolescenten (Ge et al., 2001). Echter, niet alle veranderingen in de hechtingsrepresentaties zijn langdurig. Tijdens een stresserende overgangsfase kan er een kortstondige verandering optreden in de hechtingsrepresentaties indien de verzorgingsfiguur tijdelijk geen adequaat antwoord kan bieden (Allen et al., 1994). Tot slot merken Ge et al. (2001) op dat de instabiliteit in hechtingsrepresentaties ook louter te wijten kan zijn aan de periode van adolescentie.

In tegenstelling tot het voorgaande stellen Allen & Miga (2010) dat hechting zodanig ingrijpend wijzigt tijdens de adolescentie dat er in feite geen sprake meer is van hechting, maar enkel van emotieregulatie die gebaseerd op de vroege hechting. Dit maakt dat er tijdens de adolescentie niet meer over hechting gesproken dient te worden, maar over emotieregulatie. Echter, gezien de evidentie wordt er in deze masterproef vanuit gegaan dat er, ondanks de aanwezige wijzigingen, er bij adolescenten nog sprake is van hechting. Het is dus duidelijk dat de uiting van hechting verandert tijdens de adolescentie (Allen & Land, 1999; Dahl & Gunnar, 2009), maar dat de functie identiek en hard nodig blijft in deze fase van het leven (Allen & Land, 1999). Deze masterproef onderstreept dan ook het belang van hechting voor de ontwikkeling van de adolescent.

*Intern Werkmodel (IWM).* Hechting heeft op lange termijn effecten op de psychosociale groei van een persoon. Dit effect wordt verklaard door het intern werkmodel



(IWM) dat wordt opgebouwd doorheen de interactie van een kind met zijn/haar hechtingsfiguren (Ainsworth & Bowlby, 1991; Takahashi, 2005). Dit intern werkmodel vormt een abstracte representatie van persoonlijke hechtingservaringen (Johnson, Dweck & Chen, 2007; Takahashi, 2005), in verband met de beschikbaarheid en responsiviteit van de verzorgingsfiguur, en sturen ook toekomstige relationele keuzes en verwachtingen, zelfbeoordeling en gedrag ten aanzien van anderen (Ainsworth & Bowlby, 1991; Dykas & Cassidy, 2011).

Door een te brede en allesomvattende conceptualisatie, was het IWM niet meer operationaliseerbaar (Hinde, 1988). Waters en Waters (2006) stelden daarom voor om het IWM als een cognitief schema te conceptualiseren. Schema's zijn "relatief stabiele interne structuren van opgeslagen algemene of prototypische kenmerken van stimuli, ideeën of ervaringen die gebruikt worden om nieuwe informatie te organiseren" (Clark, Beck, & Alford, 1999, p. 79). Schema's genereren verwachtingen, helpen gedrag te organiseren, motiveren en spelen een belangrijke rol in reconstructie- en herinneringsprocessen. Verder coderen en evalueren ze stimuli uit de omgeving en sturen de aandacht (Beck, 1964). Uit onderzoek werd afgeleid dat cognitieve schema's te veranderen zijn met behulp van therapie (Dozois et al., 2009; Pace & Nixon, 1993).

Reeds werd evidentie gevonden dat de gelijkens tussen het intern werkmodel en cognitieve schema's bevestigt (Bosmans & Braet, 2010; Bosmans, De Raedt & Braet, 2007; Waters & Waters, 2006). Net zoals cognitieve schema's zijn interne werkmodellen waarschijnlijk zelfbestendigend doordat ze leiden tot hechtingscongruente informatieverwerking. Verder zouden ze ook gedrag initiëren overeenkomstig met de hechtingsrepresentaties wat leidt tot zelfvervullende voorspellingen (Feeney & Noller, 1990). Bijgevolg zijn interne werkmodellen, net als cognitieve schema's redelijk stabiel, doch niet onveranderbaar, want het IWM blijft zich verder ontwikkelen doorheen het hele leven. Dit houdt eveneens in dat het IWM kan veranderen door veranderingen in de ouder-kind relatie, therapie, life-events of persoonlijke karakteristieken (Iwaniec & Sneddon, 2001; Takahashi, 2005; Thompson, 1999). De plasticiteit van het IWM is cruciaal voor deze masterproef. Namelijk de onderliggende premisse van Attachment-Based Family Therapy (ABFT) van Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, & Isaacs (2002) houdt in dat hechting te veranderen is doordat correctieve hechtingservaringen het IWM kunnen hervormen. Doorheen de verandering van het IWM worden de hechtingsrepresentaties veiliger en zou de depressie bij de adolescent afnemen.

*Hechting en aanpassing.* Hechting blijkt een belangrijke factor te zijn in de ontwikkeling, ook tijdens de adolescentie. Daarenboven speelt hechting eveneens een belangrijke rol bij depressie.

Tot nu toe is hechting gelinkt aan een aantal maten van zowel internaliserende als externaliserende psychopathologie. Veilige hechting is geassocieerd met minder problemen in het algemeen, beter sociaal functioneren (Keskin & Çam, 2010) en een betere aanpassing op de universiteit (Lapsley & Edgerton, 2002). Daarentegen bleek onveilige hechting geassocieerd met meer internaliserende en externaliserende problemen (Keskin & Çam, 2010), toekomstige persoonlijkheidsstoornissen (Westen, Nakash, Thomas, & Bradley, 2006), drugsmisbruik (Andersson & Eisemann, 2004), minder goede aanpassing op de universiteit (Lapsley & Edgerton, 2002) en depressie (Ivarsson, Granqvist, Gillberg & Broberg, 2010). Angstige hechting in het bijzonder blijkt ondermeer samen te hangen met meer emotionele problemen en meer problemen in het algemeen. Vermijdende hechting, op zijn beurt, wordt onder andere geassocieerd met meer problemen op vlak van aandachtstekort en hyperactiviteit, problemen in het algemeen en lagere scores op algemeen sociaal gedrag (Keskin & Çam, 2010).

Echter hechtingsstatus is niet determinerend, zo worden ook in klinische steekproeven mensen met veilige hechtingsrepresentaties aangetroffen (Westen et al, 2006). Bovendien vonden Allen et al (1994) helemaal geen concurrente relatie tussen onveilige hechting en negatieve aanpassing. Voorts werd in onderzoek van Gaylord, Taylor, Campbell, Kesselring en Grant (2009) geen longitudinale associatie tussen hechting en depressie tijdens de adolescentie terug gevonden en vonden Bar-Haim, Dan, Eshel en Sagi-Schwartz (2007) slechts gedeeltelijke bevestiging van de link tussen vroege angstige hechting en latere schoolgerelateerde angst.

Er kan geconcludeerd worden dat alhoewel hechting een belangrijke factor blijkt te zijn in de ontwikkeling van een persoon en zijn kwetsbaarheid voor psychopathologie dat onveilige hechting niet determineert voor psychopathologie (Westen et al., 2006). Maar, de associatie tussen hechting en depressie is aanwezig (Brumariu & Kerns, 2010; Ivarsson et al., 2010; Restifo & Bögels, 2009; Armsden, 1990, Essau, 2004; Sroufe, 2005; Warren 1997).

*Hechting en depressie.* Zoals reeds aangehaald bij de risicofactoren gaf onderzoek aan dat onveilige hechting predictief is voor depressie bij adolescenten (Brumariu & Kerns, 2010) en tevens een in stand houdende en een risicofactor vormt. Daarenboven speelt hechting eveneens een rol in de behandelingsrespons en het herval (Birmaher et al., 2000). Zowel

binnen het diathese-stress model als binnen het stress generation perspectief wordt verondersteld dat de relatie tussen stress en depressie gemodereerd wordt door kwetsbaarheden (Bull et al., 2005) die vaak de vorm aannemen van cognitieve schema's (Abela & Sullivan, 2003; Beck, 1967, 1983). Aangezien hechting een belangrijke kwetsbaarheidfactor is (Abela et al., 2005; Brumariu & Kerns, 2010; Ivarsson et al., 2010; Restifo & Bögels, 2009; Armsden et al., 1990, Essau, 2004; Sroufe et al., 2005; Warren et al., 1997) en beschouwd kan worden als een cognitief schema (Bosmans & Braet, 2010; Bosmans et al., 2007; Waters & Waters, 2006) kan er gesteld worden dat hechtingskwaliteit de invloed van stress op depressie modereert (Besser & Priel, 2003). Verbetering van de hechtingskwaliteit zou bijgevolg leiden tot minder depressie. Het IWM biedt een verklaring voor dit mechanisme. Indien een adolescent geconfronteerd wordt met een stresssituatie zal het IWM geactiveerd worden onafhankelijk van de aanwezige hechtingsstijl. De aandacht en de informatieverwerking zal in die situatie congruent met het IWM gebeuren (Bosmans, In Press).

Vooreerst blijkt veilige hechting een belangrijke beschermende factor te zijn tegen de ontwikkeling van depressie (Bowlby, 1980; Brumariu & Kerns, 2010). Veilig gehechte adolescenten zullen zich richten op die aspecten die veilig zijn in de gegeven situatie en zullen zich meer genodigd voelen om nabijheid te zoeken bij de hechtingsfiguur. De negatieve gevoelens die de adolescenten ervaren nemen dan af. Deze ervaring zal op zijn beurt bijdragen aan de vorming van het IWM. In dit geval fungeert hechting als een beschermende factor (Bosmans, In Press).

Onveilige hechting daarentegen blijkt de belangrijkste risicofactor voor depressie te zijn. En dit onafhankelijk van het type onveilige hechting (Brumariu & Kerns, 2010). Onveilig gehechte jongeren zullen, in een zelfde situatie, immers de negatieve, onveilige aspecten opmerken die congruent zijn met hun IWM. Bijgevolg zal het aanbod van troost, geboden door de hechtingsfiguur, negatiever gepercipieerd worden. Angstig gehechte personen zullen in een gelijkaardige situatie wel steun gaan zoeken bij de hechtingsfiguur, maar de negatieve gevoelens die de persoon ervaart zullen hierdoor niet afnemen maar gehyperactiveerd worden (Bosmans, In Press). Deze personen passen met andere woorden een hyperactiverende strategie toe (Cassidy & Kobak, 1988). De vermijdend gehechte adolescenten, daarentegen, zullen nabijheid vermijden. Ze voelen zich genoodzaakt om zelf om te gaan met de emoties (Bosmans, In Press). En passen een deactiverende strategie toe (Cassidy & Kobak, 1988). Als zodanig worden in beide gevallen de negatieve emoties niet adequaat gereguleerd en vormt de hechting een risicofactor voor het ontwikkelen van

psychopathologie (Mikulincer, Shaver, Sapir-Lavid, & Avihou-Kanza, 2009). Voorts hebben depressieve adolescenten die een de neiging om zichzelf de schuld te geven van onveilige hechtingservaringen die ze meemaken. Ze zien zichzelf namelijk als onwaardig voor liefde en affectie. Vervolgens worden negatieve schema's van zichzelf en anderen versterkt, waardoor ze kwetsbaarder worden voor het ontwikkelen van depressie (Cicchetti et al., 1995). Tot slot vonden Bottonari, Roberts, Kelly, Kashdan en Ciesla (2007) dat een combinatie van depressie en onveilige hechting er voor zorgt dat personen meer stress ervaren in sociale gebeurtenissen.

Desalniettemin is er nood aan extra longitudinaal onderzoek om onveilige hechting als causale factor van depressie aan te kunnen wijzen en de precieze werkzame mechanismen te identificeren.. Het is niet ondenkbaar dat het buffereffect van hechting op depressie gemodereerd wordt door puberteitsstatus en dat de relatie tussen hechting en depressie sterker is voor meisjes. Tot nog toe werden er vaak inconsistente resultaten van moderatoren gevonden, het lijkt dan ook plausibel dat eerder het aantal risicofactoren belangrijk is (Brumariu & Kerns, 2010). Niettegenstaande de ongekende mechanismes is hechting duidelijk een belangrijke risicofactor voor de ontwikkeling en instandhouding van depressies (Restifo & Bögels, 2009; Brumariu & Kerns, 2010; Ivarsson et al., 2010; Restifo & Bögels, 2009; Armsden et al., 1990, Essau, 2004; Sroufe et al., 2005; Warren et al., 1997). Aangezien veilige hechting een beschermende factor is, is het aangewezen om tijdens de behandeling van depressies bij adolescenten de hechtingskwaliteit te verbeteren (Bosmans, In Press) met de ouders, die nog steeds een belangrijke rol spelen voor jongeren (Allen & Land, 1999).

### *Behandeling voor Depressie bij Adolescenten*

Tot hiertoe blijkt depressie bij adolescenten een veel voorkomende klacht (Bayingana et al., 2004) met een grote impact (Bayingana et al., 2004; Demyttenaere, 2006; Hammen & Rudolph, 2003; Hinshaw & Cicchetti, 2000; Maughan & Taylor, 2001; Mehler-Wex & Köhler, 2008; WHO, 2010a), dit ook in Vlaanderen. Daarenboven blijkt hechting een belangrijke kwetsbaarheidfactor te zijn in de ontwikkeling van depressie (Restifo & Bögels, 2009; Brumariu & Kerns, 2010; Ivarsson et al., 2010; Restifo & Bögels, 2009; Armsden et al., 1990, Essau, 2004; Sroufe et al., 2005; Warren et al., 1997). Een aantal interventies voor adolescenten die met een depressie kampen zijn voor handen en dit binnen verschillende settingen in Vlaanderen. Vooreerst wordt een kort overzicht van de reeds beschikbare interventies zonder en met relatiecomponent gegeven. Vervolgens wordt gefocust op Attachment Based Family-Therapy. Tot slot worden de mogelijke settingen voor

hulpverlening besproken en meer specifiek de thuisbegeleidingsdienst van de Bijzondere Jeugdzorg.

*Effectiviteit van de bestaande behandelingen voor depressie.* Alvorens over te gaan tot de effectiviteit van de bestaande behandelingen wordt het onderzoek aan de hand van Randomized Controlled Trials (RCT's) belicht. Deze methode is namelijk de gouden standaard om behandelingsvormen te testen (Weisz, Weiss & Donenberg, 1992). Ten einde empirisch gebaseerde beslissingen te maken met betrekking tot de toewijzing van patiënten aan gepaste behandelingen zijn RCT's noodzakelijk. Resultaten van RCT's moeten echter voorzichtig geïnterpreteerd worden (Wilson, 1998). In tegenstelling tot gecontroleerde labstudies, werden in de dagelijkse praktijk dikwijls geen effecten gevonden van therapie (Weisz et al., 1992). Bijvoorbeeld, in de klinische setting werden er geen significante verschillen gevonden tussen CBT en standaardbehandelingen (TAU) (Weisz et al., 2009).

De RCT-benadering wordt beschouwd als de gouden standaard, maar heeft evenwel een aantal beperkingen. Een viertal beperkingen worden aangehaald. Deze methodiek vereist allereerst (1) een volledige standaardisatie van de behandeling. Hieruit volgt dat aanpassingen aan de specifieke situatie van de patiënt niet toegestaan zijn (Verhaeghe, 2009). Bovendien worden de therapeuten vaak nog eens speciaal getraind voor de aanvang van de RCT (Weisz et al., 1992). (2) De tweede vereiste is dat de interventie een korte behandelduur betreft van maximaal om en bij de 16 sessies. De korte behandelduur leidt er bijna automatisch toe dat therapievormen die meer sessies vereisen niet geëvalueerd kunnen worden en bijgevolg als niet wetenschappelijk beschouwd worden. Dit is onder andere vaak het geval voor het merendeel van de familietherapieën en psychodynamische behandelingen. Daarentegen blijkt dat veel interventies met een korte behandelduur nauwelijks blijvende langdurige effecten hebben. (3) Vervolgens moeten patiënten die deelnemen aan het onderzoek zo uniform mogelijk zijn. Comorbiditeit is storend. Maar in de realiteit lijdt bij benadering twee derde van de patiënten aan meerdere stoornissen (Verhaeghe, 2009). Bijgevolg zijn de personen in de steekproeven die deelnemen aan de gecontroleerde studies dikwijls niet representatief voor de populatie in de klinische praktijk. Overigens wordt enkel de hoofdklacht aangepakt (Weisz et al., 1992). (4) Tot slot bestaat de controlegroep uit patiënten die op een wachtlijst geplaatst worden en met een TAU of een placebo worden behandeld. Er wordt automatisch vanuit gegaan dat de TAU en placebobehandelingen mislukken (Verhaeghe, 2009). Samengevat komt de onderzoekslogica van RCT's niet overeen met de klinische realiteit (Verhaeghe, 2009; Weisz et al., 1992). Ondanks de vermelde nadelen blijven RCT's gelden als de gouden

standaard voor de evaluatie en vergelijking van therapievormen. Bijgevolg moet er opgepast worden met de generalisatie van de resultaten van RCT's naar de klinische praktijk (Weisz et al., 1992).

De behandelingen die het vaakst onderzocht worden met RCT's zijn neergeschreven in behandelingshandleidingen. Maar het merendeel van de clinici gebruikt die handleidingen niet in de praktijk. De attitudes van clinici zijn onder te brengen in twee categorieën, 'negatief proces' en 'positieve uitkomst'. Vaak beschouwt men handleiding als rigide en opgelegd door een derde partij. 'Negatief proces'-attitudes houden in dat handleidingen niet menselijk en nadelig zijn voor de therapeutische relatie en de flexibiliteit. Clinici die er 'positieve uitkomst'-attitudes op na houden zijn overtuigd dat interventiehandleidingen gidsen zijn die helpen om empirisch gevalideerde behandelingen toe te passen. Cruciaal is het verschil tussen de overtuiging of de handleiding een hoog gestructureerde richtlijn van specifieke technieken is, dan wel een meer algemeen conceptueel overzicht biedt van behandelingsprocessen waarbinnen er ruimte blijft voor zowel de cliënt als de therapeut. Voorts blijkt dat de attitudes van clinici voornamelijk gevormd worden door discussie met collega's en het raadplegen van literatuur, maar niet door ervaring met de handleidingen. Om de attitudes van de clinici aan te passen is er nood aan meer en duidelijkere uitleg bij de presentatie van de handleidingen en dienen ontdekkingsgerichte dialogen gestimuleerd worden (Addis & Krasnow, 2000).

*Interventies met focus op de adolescent en depressieve symptomen.* Er zijn tal van behandelingsmodellen die depressie bij adolescenten trachten aan te pakken. In Tabel 1 wordt vooreerst een overzicht gemaakt van enkele mogelijke behandelingsvormen met de gevonden effectgroottes. Er zijn verschillende soorten interventies voor handen. Zoals aangegeven in de tabel zijn de meeste interventies onder te brengen bij de cognitieve-gedragstherapieën (CBT), de cognitieve therapieën (CT), de inter-persoonlijke therapieën voor adolescenten (IPT-A) en de familietherapieën. Enkele van de vernoemde interventies zijn getoetst aan de hand van een Randomised Controlled Trial (RCT) (McCarty & Weisz, 2007). Indien voor handen worden de gevonden effectgroottes vermeld. Effectgroottes (ES) worden in Cohen's D uitgedrukt. Een Cohen's D van .20 geeft een kleine ES aan, .50 staat voor een medium ES en vanaf .80 is er sprake van een grote ES (Cohen, 1988).

Tot nu toe werden er positieve resultaten gevonden voor de behandeling van depressie door middel van psychotherapie. Echter, in vergelijking met de gemiddelde effecten die behaald worden met psychotherapieën gericht op andere psychische problemen bij jongeren zijn deze effecten klein. De gemiddelde effectgrootte bedroeg .34 met een brede range.

Tabel 1:

*Interventies voor adolescenten met een depressie (Gebaseerd op de Tabel 1 van McCarty & Weisz, 2007 + aanpassingen)*

Type	Therapie	Auteur	Effectiviteitonderzoek	Effectgrootte	
<b>CBT</b>	Depression Treatment Program		Ja	0.54	<i>Wood, Harrington, &amp; Moore, 1996</i>
	Coping with Depression (met/zonder oudercomponent)	<i>Clarke, Lewinsohn, &amp; Hops, 1990</i>	Ja	1.31/.68-2.02	<i>Lewinsohn, Clarke, Hops, &amp; Andrews, 1990</i>
	Group Behavioural Activation Therapy	<i>Chu, Colognori, Weissman &amp; Bannon, 2009</i>	Neen		
	YouthMood Project (online)		Ja	0.30	<i>Calear, Christensen; Mackinnon, Griffiths &amp; O'Kearney, 2009</i>
<b>CT</b>	Feeling Good	<i>Burns, 1980</i>	Ja	1.63	<i>Ackerson, Scogin, McKendree-Smith, &amp; Lyman, 1988</i>
<b>IPT-A</b>	InterPersoonlijke Therapie voor Adolescenten		Ja	0.54-0.72	<i>Mufson, Weissman, Moreau, &amp; Garfinkel, 1999; Rosello &amp; Bernal; 1999</i>
<b>Familie-therapie</b>	Family-Based Psychoeducation	<i>Ong &amp; Caron, 2008</i>	Neen		
	Family Attachment Narrative Therapy	<i>May, 2005</i>	Neen		
	Ouder-Kind Therapie	<i>Lieberman &amp; Van Horn 2008</i>	Neen		
	Circle of Security Project	<i>Powel, Cooper, Hoffman, &amp; Marvin, 2007</i>	Neen		
	Attachment Based Family-Therapy	<i>Diamond et al., 2002</i>	Ja	0.72-0.97-1.21	<i>Diamond et al. 2002, Diamond, et al. 2010, Diamond, Siqueland, &amp; Diamond, 2003</i>
<b>Andere</b>	Psychodynamisch	<i>Trowell, et al., 2007</i>	Neen		
	Mindfulness	<i>Biegel et al., 2009</i>	Neen		

In vergelijking met enkele medische interventies is .34 een respectabel resultaat (Weisz, McCarty, & Valeri, 2006). De studie van Weisz et al. (2009) testte bij 57 proefpersonen of CBT effectiever was voor de behandeling van depressie bij jongeren, dan de standaardbehandeling of treatment as usual (TAU). Na afloop van alle therapieën was 75% van de jongeren hersteld. Tussen CBT en TAU werd, op basis van een meta-analyse van RCT's, geen verschil waargenomen op vlak van uitkomst. CBT behaalde een gemiddelde effectgrootte van 0.53 (Klein, Jacobs & Reinecke, 2007). Voor depressieve jongeren wordt CBT sterk aangeraden. Maar, in de praktijk is dit dikwijls niet haalbaar, omdat de therapeuten een lange en intensieve training moeten volgen (Weisz, et al., 2009).

De effect-sizes van de huidige behandelingen voor depressie bij adolescenten lopen sterk uiteen. CBT's zoals het Feeling Good programma van Burns (1980) behaalden een grote effect-size, terwijl die van het online Youth Mood project zwak was (Calear et al., 2009). Gegeven dat hechting één van de voornaamste risicofactoren is tot het ontwikkelen van depressie, lijkt het aannemelijk dat door inclusie van een hechtingscomponent in de behandeling van depressie de effectiviteit kan stijgen. Aangezien dat hechting zich net in de interpersoonlijke relatie tussen de ouders en het kind bevindt lijken familie-interventies voor de behandeling van depressie bij adolescenten veelbelovend.

*Interventies met een oudercomponent.* De participatie van ouders in de therapie van hun kind, blijkt over het algemeen een moderaat effect te hebben op psychopathologie, dit bovenop het effect dat bereikt wordt met kinderen in individuele therapie. Het gaat dan om gecombineerde ouder- en kindtherapie of om familietherapie (Dowell & Ogles, 2010). Een allesomvattende therapie zou zowel interventies richten op het kind, als op de ouders als op het gezin als geheel (Stark & Smith, 1995). Echter het toevoegen van een oudercomponent die zich enkel richtte op het opvoedingsaspect bleek bij de behandeling van depressie nauwelijks meerwaarde te bieden. Daarentegen bleek het toevoegen van een oudercomponent gericht op het verbeteren van de hechtingsrelatie een positieve invloed te hebben op de behandelingseffecten (Bosmans, In Press). Uit eerder onderzoek blijkt dat veel psychische problemen, van zowel kinderen als volwassenen, baat hebben bij het gebruik van systemische interventies (Carr, 2009). Bij peuters bleken interventies om de moederlijke sensitiviteit te verhogen en de hechtingsonveiligheid te verminderen effectief (Bakermans-Kranenburg, Van IJzendoorn, & Juffer, 2003). Aangezien hechting tussen ouder en kind altijd als interactie bekeken moet worden, moet er in therapie altijd zowel op de ouder als het kind als op hun relatie gefocust worden. Enkele behandeltechnieken om de hechting tussen ouder en kind te



verbeteren worden vaak terug gevonden. Ten eerste wordt de ouder geholpen om inzicht te krijgen in de emoties en noden van hun kind. Op de tweede plaats worden ze aangemoedigd responsief en beschikbaar zijn ten aanzien van hun kind (Carr, 2009).

Specifiek met betrekking tot depressie bleken enkele familie-interventies effectief. Die interventies richten zich op reductie van stress en verhoging van steun binnen de gezinnen voor de jongeren die met depressie kampen. Kerncomponenten van deze behandelingen beogen de verbetering van de communicatie tussen ouders en kinderen, er wordt gewerkt aan probleemoplossingvaardigheden binnen het gezin, negatieve interacties tussen ouders en kind worden doorbroken en veilige hechting wordt gepromoot (Carr, 2009). Er zijn enkele therapieën die specifiek voor het verbeteren van de ouder-kind relatie zijn ontwikkeld (Goldsmith, 2010). Zo is er de ouder-kindtherapie van Lieberman en Van Horn (2008). Deze interventie leert ouders effectiever omgaan met de emotionele behoeften van het kind. Verder bestaat er ook de 'Circle of Security Project' van Powell et al., (2007). Deze laatste is gericht op het modificeren van het Interne Werkmodel van de ouder. Ten slotte helpt inzichttraining ouders om de onderliggende motivatie van hun kind beter te begrijpen om zo een meer empathisch perspectief te kunnen innemen ten opzichte van hun kind (Goldsmith, 2010). Het merendeel van die therapieën zijn nog niet onderzocht aan de hand van een RCT. ABFT, daarentegen, leende zich reeds voor meerdere RCT-onderzoeken en richt zich specifiek op de hechtingsrelatie tussen de adolescenten en hun ouders. Bovendien lijken de behaalde effect-sizes voor dit programma veelbelovend (Diamond et al., 2002; Diamond et al., 2003; Diamond et al., 2010).

*Attachment-Based Family Therapy.* ABFT is een behandelingsprogramma dat zich specifiek richt op het verbeteren van de hechting tussen ouder en adolescent en is gebaseerd op de structurele therapie van Minuchin (1974) en de multidimensionele familietherapie van Liddle (1999) (Diamond et al., 2002). Verder zijn er ook invloeden te bespeuren van de contextuele (Boszormeny-Nagy & Sparks, 1984) en de emotion-focused therapie (Greenberg & Johnson, 1988). Achtereenvolgens worden hierna de assumpties, het werkingsmechanisme, het verloop van het programma en de effectiviteit van het programma besproken.

Het doel van Attachment-Based Family Therapy is het verbeteren van de kwaliteit van de hechtingsrelaties tussen jongeren en hun ouders. Er wordt verondersteld dat depressie afneemt indien de adolescent veilige hechtingsrelaties vormt om op terug te vallen. ABFT heeft twee onderliggende basisassumpties. De eerste basisassumptie is dat fysieke en emotionele verwaarlozing veroorzaakt kunnen worden door gebrekkige hechtingsrelaties in

combinatie met veel conflict, harde kritiek en ontoereikende affectafstemming. De tweede basisassumptie veronderstelt dat onveilige hechting veranderd kan worden zodat en doordat ouders betere verzorgers worden en dat adolescenten het vertrouwen en de communicatie met hun ouders kunnen herstellen. Verbetering op die domeinen zou vermindering van depressie betekenen en herval voorkomen (Diamond et al., 2002). ABFT vereist zowel gedurende als nadien een actieve participatie van zowel de adolescent als de ouder is. Voorts doet ABFT voornamelijk beroep op verbale communicatie als werkingsmiddel (Diamond, 2004). Dit omdat hechtingservaringen tijdens de adolescentie voornamelijk doorheen conversaties tot stand komen (Kobak & Sceery, 1988).

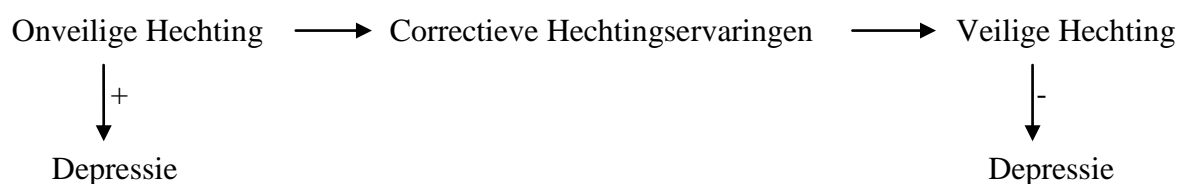
### Werkingsmechanisme van ABFT

ABFT focust voornamelijk op de inter-persoonlijke risicofactoren die geassocieerd zijn met depressie (Diamond et al., 2003). Zoals voorheen besproken werd kan hechting zowel een beschermende als een risicofactor zijn voor de ontwikkeling van een depressie (Bosmans, In Press). ABFT zal trachten de onveilige hechting om te vormen naar een veilige hechting. Met andere woorden: er zal gepoogd worden om een risicofactor te transformeren tot een beschermende factor (Bosmans, In Press; Diamond et al., 2002). Dit werkingsmechanisme wordt grafisch weer gegeven in Figuur 1. Concreet tracht ABFT aan de hand van nieuwe ervaringen het interne werkmodel aan te passen. De aanpassing van het IWM moet leiden naar een toestand waarin de ouders als secure base functioneren (Diamond et al., 2003).

Om het IWM aan te passen gaat men als volgt te werk. Bij adolescenten die op therapie komen zijn hopeloosheid, eenzaamheid en boosheid ten aanzien van de ouder vaak terugkerende emoties. Hun ouders voelen zich, op hun beurt, vaak gefrustreerd omdat ze het gevoel hebben dat ze hun kind niet kunnen helpen. Het ABFT-programma moedigt jongeren en ouders aan om met elkaar te spreken over moeilijk bespreekbare hechtinggerelateerde onderwerpen. Indien de mogelijkheid ontstaat om over deze thema's te praten op een empathische en niet-beschuldigende wijze, wordt er een context voor het leren en aanleren van een meer effectieve omgang met conflicten en affectregulatie gecreëerd en kan de hechting veiliger worden. Door middel van het faciliteren van zorgende en steunende reacties van de ouder op het moment dat hun kind een eerder moment van teleurstelling in de hechtingsrelatie met hem bespreekt wordt het wederzijds vertrouwen versterkt. Dankzij dit herstelde vertrouwen zullen de adolescenten sneller geneigd zijn nabijheid te zoeken bij hun ouders indien ze geconfronteerd worden met stress. Deze ervaring zal er eveneens toe

bijdragen dat de jongere zich minder hopeloos en hulpeloos voelt. Aldus wordt er doorheen de bespreking of het oplossen van eerdere hechtingsconflicten gewerkt naar een toestand waar de ouder terug de functie van veilige haven en secure base kan opnemen. Bovendien leert de adolescent uit die ervaring dat relaties emotionele uitdagingen kunnen doorstaan. Dit laatste is een correctieve hechtingservaring (Diamond, 2004). De ouder wordt dan een bron van steun, aanmoediging en hulp voor de adolescent. Dit zonder harde kritiek te geven of overcontroleerend te zijn (Diamond et al., 2003).

Figuur 1:  
*Werkingsmechanisme van ABFT*



(Diamond, 2004)

In deze vernieuwde context van respect en vertrouwen kunnen de adolescenten en hun ouders onderhandelen over nieuwe regels en verwachtingen. Dit gebeurt aan de hand van een meer autoritatieve opvoedingsstijl aan ouders' zijde en rijpere en directere communicatie door de adolescent (Diamond et al., 2003). Een autoritatieve opvoedingsstijl wordt gekenmerkt door gedragsmatige gehoorzaamheid, maar psychische vrijheid van de adolescent (Baumrind, 1996). Vervolgens dient het leven van de adolescent, dat verstoord is door de depressie, terug opgebouwd te worden met de hulp van de ouder in de rol van secure base (Diamond et al., 2003). Bovendien wordt problematisch gedrag van de adolescent vaak overbodig, indien dit gedrag gesteld werd om de ouder te straffen voor voorgaande hechtingsconflicten (Diamond, 2004).

Met behulp van deze therapie worden eveneens vaardigheden aangeleerd. Adolescenten leren problemen te identificeren die relevant zijn voor zichzelf en ouders worden aangezet om die problemen serieus te nemen. Voorts krijgen zowel adolescent als de ouder de mogelijkheid om op een constructieve manier te leren communiceren omtrent emoties en zich kwetsbaar op te stellen. De jongere ervaart hoe emoties verwoord kunnen worden, hoe men er mee kan omgaan en hoe men over problemen kan spreken (Diamond, 2004).

## Verloop van het behandelingsprogramma

ABFT bevat vijf behandelingstaken, het betreft echter geen strikt protocol, maar een aantal uitgangspunten. Door nauwkeurige opvolging van de individuele behoeften van de patiënt en de persoonlijke stijl van de therapeut kan er beslist worden om de inhoud, de duur en de volgorde van de taken aan te passen (Diamond, 2004; Diamond & Levy, 2009). Voor elke taak stelt de therapeut zichzelf drie vragen. Ten eerste vraagt hij zich af wat hij wil bereiken en waarom. Ten tweede gaat hij na hoe hij dit doel zal trachten te bereiken. Ten derde stelt hij zich de vraag hoe hij kan weten dat het doel van de taak bereikt is (Diamond & Levy, 2009). Elk van deze taken is gericht op één problematische conditie. Voor elk van die condities wordt een verwachte uitkomst vooropgesteld (Diamond et al., 2002). Elke taak met het vooropgestelde doel en de voorziene timing zijn vermeld in Tabel 2.

Tabel 2:

### *ABFT-taken*

Taak	Doel	Sessie
(1) Relationale herformulering	Verminderen van beschuldigingen en verhoging van het wederzijds respect	1-3
(2) Alliance-building met de adolescent	Opbouw van een therapeutische relatie, doelen stellen, motiveren	4-6
(3) Alliance-building met de ouder	Aanmoedigen van emotionele coaching en autoritatieve opvoedingsstijl	7-10
(4) Reattachment	Heropbouw van vertrouwen, respect en secure base	11-13
(5) Promoting-task	Aanmoediging van autonomie	14-16

(Diamond et al., 2002)

De eerste taak, *relationele herformulering (1)*, doelt op een cognitieve shift. Dit houdt in dat, in plaats van het probleem enkel bij de adolescent te plaatsen, de oplossing in de relatie tussen de adolescent en de ouders geplaatst wordt (Diamond et al., 2002). Het doel van de therapie ligt hierdoor niet meer op het behandelen van de depressie bij de adolescent, maar op het verbeteren van de hechting tussen de adolescent en de ouder. Er wordt met name gedoeld op (1) de reductie van ouderlijke beschuldiging en kritiek, (2) de vergroting van ouderlijke steun en bezorgdheid en (3) het aanspreken van de verantwoordelijkheid voor verandering bij alle familieleden. Echter, het bereiken van een akkoord over deze doelen is niet vanzelfsprekend. Vaak heeft de depressie immers geleid tot inter-persoonlijk conflict en hechtingsfalen. Hierdoor staan beide partijen vaak ambivalent ten aanzien van het herwerken

van de hechtingsrelatie. Tot slot wordt een therapiecontract opgesteld waarin de gezinsleden akkoord gaan met het werken op het heropbouwen van relaties (Diamond, 2004).

Vervolgens wordt er een werkalliantie opgebouwd met de ouder en de adolescent apart. Het opbouwen van de *alliantie met adolescent* (2) houdt in dat er een band opgebouwd wordt tussen de therapeut en de adolescent (Diamond et al., 2002). De doelen van deze taak zijn (1) de opbouw van een therapeutische relatie, (2) de adolescent uiting laten geven aan het gevoel dat hij ongelukkig is en behoefte heeft aan verandering en (3) een akkoord bereiken om die problemen gezamenlijk met de ouder te bespreken. Ideaal gaat de adolescent de therapeut beschouwen als een bondgenoot. Dit is een eerste stap in de richting van een veiligere hechting met de ouders. Namelijk, door het opbouwen van deze band wordt de adolescent geholpen om in te zien dat een constructieve relatie met een volwassene mogelijk is. Na de opbouw van de alliantie worden in samenspraak de behandeldoelen bepaald (Diamond, 2004). Vervolgens worden conflicten die het vertrouwen hebben geschaad geïdentificeerd en geëxploreerd en wordt de jongere voorbereid om die onderwerpen te bespreken met de ouder (Diamond et al., 2002).

Als derde fase is er het *ouderlijk* (3) luik van de *alliance-building*. De therapeutische relatie met de ouder is noodzakelijk voor de latere herstelling van de hechting (Diamond, 2004). Voorts wordt er getracht de empathie van de ouder ten opzichte van de adolescent te verhogen en de ouder in staat stellen de adolescent emotioneel beter te ondersteunen (Diamond et al., 2002). Dankzij deze taak wordt eveneens de kans verhoogd dat het gezin in therapie blijft. Dit aangezien de ouder meestal de beslisser is die de adolescent naar de therapie brengt (Diamond, 2004). De huidige stressoren van de ouder worden geëxploreerd samen met de mislukkingen die de ouder in de eigen hechtingsrelaties heeft ervaren (Diamond et al., 2002; Diamond, 2004). De ouder moet het gevoel ervaren ondersteuning en begrip te krijgen. Gelijktijdig moet hij evenzeer voelen dat hij door de therapeut aanzien worden als competent. Indien de ouder zijn kwetsbaarheden en eigen problematische hechtingservaringen kan uiten en er begrip voor ervaart, verhoogt de kans dat hij meer open zal staan ten aanzien van de zorgen van de adolescent. Om de ouder voor te bereiden op de persoonlijke verwijten die hij mogelijks zal horen tijdens de reattachment-taak (Diamond, 2004) wordt het model van emotionele coaching van Gottman et al. (1996) gebruikt. Aan de hand van emotionele coaching worden empathische luistervaardigheden aangeleerd, wat in essentie op hechting gebaseerde verzorging betreft (Diamond, 2004).

Aansluitend vindt de *'reattachment-taak'* (4) plaats. Deze taak vormt de kern van ABFT. Tijdens deze taak wordt er getracht om wederzijds vertrouwen en respect tussen de

adolescent en de ouder te verkrijgen waardoor er een secure base geïnstalleerd wordt voor de adolescent (Diamond et al., 2002). Tijdens de reattachment-taak zijn er drie fasen te herkennen. Ten eerste toont de adolescent openheid (Diamond, 2004), dit houdt in dat de adolescent zijn eerder onuitgesproken woede over kernconflicten aan de ouder uit. Als de ouder met empathie reageert, antwoordt de adolescent vaak met meer kwetsbaarheid door nog emoties te uiten (Diamond et al., 2002). Ten tweede is het aan de ouder om openheid te tonen. Ten slotte ontstaat er een dialoog tussen adolescent en ouder (Diamond, 2004). Het bespreekbaar maken van de moeilijke hechtingsgerelateerde onderwerpen kan ervoor zorgen dat de spanning afneemt, de affectregulatie verbetert en dat er wederzijds respect groeit. Door erkenning van hun ouders te ervaren, worden adolescenten meestal ontvankelijker voor de autoriteit en steun van hun ouders. Bovendien lokt oprechte spijt getoond door de ouder vaak vergevingsgezindheid bij de adolescent uit. (Diamond et al., 2002).

Tot slot is er de *promoting-taak* (5). Deze laatste taak doelt op het bevorderen van het netwerk van de jongere en zijn/haar competenties buitenshuis. Dit met de nieuw bewerkte hechting als secure base (Diamond et al., 2002). Concreet wordt het eerder verworven vertrouwen en respect aangewend om de huidige problemen aan te pakken door middel van aanmoediging en motivatie. Ouder en adolescent worden aangemoedigd om een balans tussen afhankelijkheid en autonomie te installeren die aangepast is aan de leeftijd van de adolescent. Samen met de ouder wordt er gewerkt aan het stellen van realistische doelen en verwachtingen om de gepercipieerde en werkelijke competentie te bevorderen. Verder worden ook de relaties met leeftijdsgenoten aangepakt. Tot slot worden de formele en informele sociale contacten die een bron van steun voor zowel de adolescent als de ouder kunnen zijn in kaart gebracht. Die contacten kunnen helpen met het stellen van realistische doelen of kunnen steun bieden in moeilijke momenten (Diamond, 2004).

### Effectiviteitonderzoek

Dit therapiemodel werd getoetst bij een Amerikaanse steekproef. De steekproef bestond uit 16 jongeren, tussen 13 en 17 jaar, die een diagnose ‘majeure depressieve stoornis’ gekregen hadden volgens de DSM III-R. Bij elke jongere wou een primaire verzorgingsfiguur deelnemen aan therapie. Na de therapie voldeden 13 van de 16 patiënten niet meer aan de diagnose, dit in tegenstelling tot 7 van 15 patiënten in de controleconditie. Een significante daling van depressieve en angstsymptomen en een significante afname van gerapporteerd conflict in het gezin werden geobserveerd. Behandelde jongeren rapporteerden achteraf hogere niveaus van hechting ten aanzien van hun moeder, minder zelfmoordgedachten en ook

minder hopeloosheid. Op de BDI scoorden 62% van de behandelde jongeren niet-klinisch in tegenstelling tot 19% van de jongeren in de controlegroep. Na zes weken follow-up bevond meer dan de helft van de behandelingsgroep zich nog steeds in de niet-klinische range ten opzichte van een vijfde van de controlegroep. Bij metingen op 6 maand follow-up bleken 13 behandelde patiënten nog steeds diagnosevrij. Het percentage adolescenten dat diagnosevrij is op het einde van de behandeling is gelijk aan of groter dan percentages van andere behandelingen. De berekende effectgrootte bedroeg 0.72 (Diamond et al, 2002). In een andere effectiviteitstudie bedroeg de effectgrootte 0.97 (Diamond et al., 2010) en 1.21 (Diamond et al. 2003). Die effectgroottes zijn hoger dan veel van de effectgroottes van eerder besproken therapieën.

Concluderend kan gesteld worden dat ABFT een therapie die uit vijf doelgerichte taken bestaat en inwerkt op de hechtingskwaliteit van jongeren met hun ouders. Door de hechtingskwaliteit te verbeteren en een secure base te installeren, wordt er verondersteld dat adolescenten beter gewapend zijn tegen stress waardoor depressie afneemt (Diamond et al., 2003; Diamond, 2004). Uit eerder effectiviteitsonderzoek blijkt dat er met ABFT matige (Diamond et al, 2002) tot hoge (Diamond et al., 2003; Diamond et al., 2010) effectgroottes worden behaald. Gegeven de omvang en de impact van depressie in Vlaanderen en bovenstaande evidentie lijkt het beloftevol om ABFT te implementeren in Vlaanderen. Er zijn evenwel vele settings binnen de zorgsector in Vlaanderen. Vooraleer een keuze te maken voor één van deze settings wordt de algemene structuur van de hulpverlening uitgediept.

*Algemene structuur van de hulpverlening in Vlaanderen.* De gezondheidszorg in Vlaanderen is georganiseerd in vier lijnen van toenemende specialisering. Patiënten komen in een volgende lijn terecht door middel van doorverwijzing. Allereerst is er de nulde lijn. Deze lijn staat voor de zorg op niet-professionele basis geboden door onder andere zelfhulpgroepen, vrijwilligers en mantelzorgers. Vervolgens is er de eerste lijnszorg die zich kenmerkt door rechtstreeks toegankelijke hulp die te verkrijgen is bij huisartsen en eerstelijnspsychologen of therapeuten. Indien nodig wordt er doorverwezen naar de tweede lijn, dit zijn de hulpverleners van bijvoorbeeld een Centrum Geestelijke Gezondheidszorg (CGGZ) of de thuisbegeleidingsdienst van de Bijzondere Jeugdzorg (BJZ). De drie voorgaande lijnen bieden ambulante zorg aan. Tot slot vormt de intramurale hulpverlening, zoals psychiatrische afdelingen van ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen of de begeleidingstehuizen van de Bijzondere Jeugdzorg, de derde en laatste lijn (Vzw Samenwerkingsinitiatief Eerstelijnsgezondheidszorg Zorgnetwerk Zenneland, 2011).

ABFT is een behandelingsprogramma dat in een ambulante kader dient plaats te vinden. Door dit criterium kan ABFT toegepast worden in zowel de eerste als de tweede lijn. Aangezien de eerste lijn bestaat uit hulpverleners die met een grote verscheidenheid aan problematieken te maken krijgen, lijkt het meer aangewezen om voor de tweede, maar gespecialiseerde, lijn te opteren. In deze masterproef werd gekozen voor de thuisbegeleidingsdienst van de Bijzondere Jeugdzorg als setting. Volgende paragraaf bevat meer informatie over de werking en de noden van deze dienst.

### *Bijzondere Jeugdzorg (BJZ)*

De BJZ is onderverdeeld in verschillende voorzieningen, zoals een thuisbegeleidingsdienst, begeleidingstehuizen, pleegzorg en Onthaal-, Oriëntatie- en Observatiecentra en dagcentra (Vlaams Parlement, 2011). De BJZ werkt met kinderen en jongeren van 0 tot 18 jaar en hun gezinnen (Vzw Steunpunt Jeugdhulp, 2011), maar de meerderheid van de begeleidde jongeren zijn tussen 12 en 17 jaar oud. In 2009 was 46% van de begeleidde jongeren afkomstig uit deze leeftijdsgroep. Zowel in absolute als in relatieve cijfers ten aanzien van de totale populatie van jongeren in Vlaanderen is er de laatste tien jaar een stijging waargenomen van de aangemelde jongeren in de dienst BJZ (Vlaams Parlement, 2011). In de periode 2000-2004 steeg het aantal aangemelde jongeren met 18.3% (Vervotte, 2006) en in 2009 waren er zowaar 65% meer jongeren aangemeld ten opzichte van 2000. In relatieve cijfers is er eveneens een stijging merkbaar. In 2000 was er nog 0.98% van de totale jongerenpopulatie aangemeld bij de BJZ, tegen 2009 was dit opgelopen tot 1.53%. Van alle aangemelde gezinnen in 2009 werden er 8% naar de thuisbegeleidingsdienst georiënteerd (Vlaams Parlement, 2011).

Gezinnen komen in de Bijzondere Jeugdzorg terecht indien ze doorverwezen worden door het Comité voor Bijzondere Jeugdzorg of de jeugdrechtbank (Vervotte, 2006). De doorverwijzing gebeurt omwille van een problematische opvoedingssituatie (POS) of omdat een kind een als misdrijf omschreven feit (MOF) pleegde (Vlaamse Regionale Indicatoren [VRIND], 2010). De meerderheid van deze jongeren zijn in begeleiding omwille van een problematische opvoedingssituatie (POS) (Vlaams Parlement, 2011; VRIND, 2010). Meer specifiek vielen 53.12% van de aanmeldingen in 2009 onder de categorie gezin en opvoeding, de categorie psychosociaal functioneren van het kind/de jongere was goed voor 25,39% van de aanmeldingen, desalniettemin bleek 58% van de gezinnen te worstelen met meerdere problematieken (Vlaams Parlement, 2011).

De thuisbegeleidingsdienst, als onderdeel van de BJZ, valt onder de tweedelijnszorg



en biedt professionele ambulante hulp aan huis. Er wordt gestreefd naar de bevordering van het welzijn van alle gezinsleden vanuit de opvoeding thuis, zo wordt er onder andere gedoeld op het verbeteren van de kwaliteit van samenwonen en leven door het uitwerken en inoefenen van andere omgangspatronen. Tevens poogt men de band tussen het gezin en de omgeving te verstevigen (Vzw Centrum voor Ambulante Begeleiding Gent [CABGent], 2011).

Enkele knelpunten binnen de BJZ zijn dat aanmeldingen vaak niet gevolgd worden door een maatregel, dat er geen evenredige in-, door- en uitstroom is en dat wachttijden steeds meer oplopen. Gedurende de periode dat een gezin op de wachtlijst staat, kunnen de problemen verergeren in afwachting van de behandeling, waardoor de voorziene behandeling niet meer de meest aangewezen is (Vlaams Parlement, 2011). Algemeen wordt besloten dat de vraag naar begeleiding en het aanbod in deze sector niet op elkaar zijn afgestemd (Vervotte, 2006; Vlaams Parlement, 2011, VRIND, 2010). Om bovenstaande knelpunten aan te pakken wordt er voorgesteld om sneller, meer kortdurend en efficiënter te werken. Een efficiënte hulpverlening houdt in dat zowel de ouders als kind zich betrokken dienen te voelen en de hulpverlening accepteren. Vervolgens moet de hulpverlening voldoende intensief beginnen en nadien afbouwen. Tot slot wordt er het best ontwikkelingsgericht gewerkt waarbij een hoopvol perspectief geboden wordt voor zowel jongere als ouder. Zodoende lijken meer ambulante, contextgerichte en vraaggestuurde interventies aangewezen. Dit aan de hand van een werking die evidence-based is en ruimte biedt voor proefprojecten (Vlaams Parlement, 2011). ABFT speelt in op die noden, omdat dit een kortdurend, contextgericht, ambulante programma betreft (Diamond et al, 2002; Diamond, 2004), dat bovendien veelbelovend is (Diamond et al, 2002; Diamond et al, 2003; Diamond et al., 2010). Naast implementatie is er ook nood aan systematische evaluatie van de resultaten die geboekt worden binnen de BJZ (Vervotte, 2006), wat met ABFT ook mogelijk is (Diamond et al., 2002).

Gegeven de doelgroep, de aangemelde populatie, de doelstelling, de werkwijze en de noden van de thuisbegeleidingsdienst binnen de BJZ lijkt die sector een ideale setting om ABFT te implementeren en te onderzoeken in Vlaanderen. Bovendien sluit het ABFT-programma aan bij de vooropgestelde oplossingen.

### *Probleemstelling*

Depressieve klachten komen bij adolescenten vaak voor (Bayingana et al., 2004) en hebben verstrekende gevolgen op diverse vlakken (Bayingana et al., 2004; Demyttenaere, 2006; Hammen & Rudolph, 2003; Hinshaw & Cicchetti, 2000; Maughan & Taylor, 2001; Mehler-Wex & Kölch, 2008; WHO, 2010a). Bovendien blijkt dat er nood is aan meer

effectieve kortdurende therapieën, om de wachttijden in te korten, dit ook binnen de Bijzondere Jeugdzorg (Vlaams Parlement, 2011). Uit onderzoek blijkt dat hechting een belangrijke risico- en onderhoudende factor is van depressie bij adolescenten (Armsden et al., 1990, Essau, 2004; Sroufe et al., 2005; Warren et al., 1997) en waarschijnlijk de relatie tussen stress en depressie modereert (Besser & Priel; 2003). Attachment Based Family Therapy is een programma die de hechtingskwaliteit tracht te verbeteren om zo depressie aan te pakken (Diamond, 2004).

Het doel van deze masterproef betreft het nagaan van twee onderzoeksvragen die aan de hand van twee opeenvolgende studies beantwoord zullen worden. Vooreerst wordt in Studie 1 nagaan of het ABFT-programma ingang vindt in de thuisbegeleidingsdienst van de dienst BJZ in Vlaanderen. Voorafgaandelijk werd gesteld dat dit programma tegemoet zou komen aan de noden van de dienst. Echter de mening van de medewerkers in de dienst zelf is van cruciaal belang voor de implementeerbaarheid van het programma. Indien ABFT werkelijk aansluit bij de noden en wensen van de dienst, dan wordt verwacht dat een introductiedag en een tweedaagse training betreffende ABFT de attitudes ten aanzien van dit programma en interventiehandleidingen positief zal beïnvloeden. Als hypothese stellen we voorop dat de attitudes van de deelnemers ten aanzien van interventiehandleidingen en ABFT zowel door de introductiedag als de tweedaagse training positiever zullen worden.

Vervolgens wordt er in Studie 2 getoetst of ABFT werkzaam is voor cliënten die aangemeld zijn binnen de thuisbegeleidingsdienst. Deze studie maakt gebruik van een  $N=1$  design. Uit voorgaand onderzoek blijkt dat ABFT een effectieve interventie is om depressie bij adolescenten aan te pakken. Echter, in Vlaanderen is dit programma nog niet getoetst. De vraag wordt gesteld of het ABFT-programma effect heeft op de symptomen van de cliënt die in behandeling is bij de thuisbegeleidingsdienst. Bovendien stellen we dat de behandeling van de cliënt met het ABFT-programma zal leiden tot een significante verbetering van de hechtingskwaliteit, waardoor ook de ernst van de depressie en de suïcidaliteit significant zullen afnemen. Deze verwachtingen zijn in lijn met de bevindingen van de studies van Diamond et al. (2002), Diamond et al. (2003) en Diamond et al. (2010).

## Studie 1

### *Methode*

*Deelnemers.* De steekproef bestond uit 74 begeleiders die verbonden waren aan de dienst thuisbegeleiding van de BJZ. De begeleiders hadden verschillende opleidingen, 32% had een licentiaatdiploma in de psychologie, 10% was bachelor in de orthopedagogie, 28%

was bachelor maatschappelijk assistent, 2% bachelor in de psychologie en tenslotte 2% bachelor in het onderwijs. De meerderheid van de aanwezigen, dit is 64%, had een therapieopleiding gevolgd met een gemiddelde duur van 1,5 jaar. Meer specifiek waren 15% van de begeleiders geschoold in CBT, 13% in de contextuele therapie, 9% in de systeemtherapie, 1% volgde algemene psychotherapie, 1% gestalttherapie en tot slot was 1% geschoold in de structurele familietherapie. Gemiddeld hadden de aanwezigen 12,6 jaar ervaring. Veertien kandidaat-begeleiders waren bereid om meteen na de introductiedag deel te nemen aan de tweedaagse training om opgeleid te worden tot ABFT-therapeut.

*Meetinstrumenten.* Om de attitudes voor en na de studiedag na te gaan werd er geopteerd voor een pre-posttest design aan de hand van een vragenlijst. De voormeting gebeurde aan de hand van een vragenlijst (zie Bijlage 3) die negen items bevatte. Elk van deze items diende beantwoord te worden middels een vijf-puntenschaal (1= helemaal niet akkoord, 5= helemaal akkoord). Items één tot en met vijf vormden de eerste subschaal en peilden naar de attitude ten opzichte van interventiehandleidingen (bijv. “Ik geloof dat interventiehandleidingen effectief gebruikt kunnen worden bij mijn gezinnen”). Voor deze subschaal werd een Chronbach’s alpha behaald van .74. Een tweede subschaal werd gevormd door items zes tot en met negen. Die maten de attitude ten opzichte van ABFT (bijv. “Ik geloof dat ABFT past binnen het werk dat ik doe”). De interne consistentie van die vier items berekend aan de hand van Chronbach’s alpha bedroeg .63. Voor meetmomenten twee en drie werd dezelfde vragenlijst afgenomen als op meetmoment één, samen met vier toegevoegde items. Deze waren: item 10: ABFT zou goed passen bij sommige van de gezinnen die aangemeld worden voor thuisbegeleiding, item 11: Nu ik gezien heb waar ABFT uit bestaat, zou ik graag meer training in dit model willen krijgen, item 12: Bij welk percentage van de gezinnen waarmee je al gewerkt hebt, zou ABFT een mogelijk goede begeleiding geweest zijn? en item 13: Nu ik de ABFT presentatie gezien heb, is mijn mening over het toepassen van ABFT in mijn werk positiever / niet veranderd / negatiever. Items 10 en 11 moesten beantwoord worden op een schaal van één (helemaal niet akkoord) tot vijf (helemaal akkoord). Item 11 was een open vraag en bij het laatste item moesten ze aangeven of hun mening positiever, niet veranderd of negatiever was.

*Procedure.* Er werden twee interventies ingebouwd en de deelnemers werden drie maal bevraagd aan de hand van de vragenlijst. Vooreerst was er een introductiedag met een presentatie over ABFT door Guy Diamond en Suzanne Levy. Die introductiedag ging door in het licht van een project om protocollisering te integreren in de thuisbegeleiding van de BJZ.

Meetmoment één vond plaats voor aanvang van de studiedag en telde 74 respondenten, meetmoment twee, waar nog 70 respondenten aan deelnamen, werd na afloop van die dag ingebouwd. Na de studiedag volgde een tweedaagse training voor 14 geselecteerde kandidaten. Na afloop van de tweedaagse vorming werd aan de desbetreffende deelnemers nogmaals gevraagd om de vragenlijst in te vullen, dit was meetmoment drie. Ditmaal vervulde 12 van de 14 deelnemers de enquête.

Voor elk meetmoment werd het gemiddelde en de standaarddeviatie van de antwoorden op elk item berekend. Vervolgens werden de gemiddelden en de standaarddeviaties over de eerste twee meetmomenten heen vergeleken om na te gaan of de veranderingen significant waren. Hiertoe werden Repeated Measures Analyses (RMA) gebruikt. De data van meetmoment drie werden kwalitatief geanalyseerd.

### *Resultaten*

*Descriptieve statistiek van meting één en twee.* De gemiddelden en standaarddeviaties van meetmoment één en twee worden weer gegeven in Tabel 3. Tussen beide meetmomenten waren er vier personen die uitvielen. De antwoorden van meting één bevinden zich tussen 2.33 en 4.22. De hoogste score (4.22) geeft aan dat er reeds voorafgaand aan de studiedag een grote interesse was om ABFT te leren.

Op meetmoment twee is de range van de antwoorden breder. Die strekt zich namelijk uit van 2.19 tot 4.29. Meer in het bijzonder valt het op dat de respondenten gemiddeld gezien minder akkoord gaan met de items die een negatieve attitude aangeven en dat er meer akkoord wordt gegaan met de items die een positieve attitude aangeven. De gemiddelde antwoorden op items die peilen naar de bereidheid om ABFT aan te leren en de mate waarin het programma aansluit bij de aangemelde gezinnen, dit zijn items 9, 10 en 11, leunen tegen het maximum aan. Voorts wordt er geschat dat 45.56% van de gezinnen die reeds in begeleiding zijn geweest bij de respondenten in aanmerking te komen voor behandeling aan de hand van het ABFT-programma. Echter, deze schattingen vertonen een grote variabiliteit, de standaarddeviatie bedraagt namelijk 21.91%. De minimale schatting bedraagt 10%, de maximum schatting is 95%.

*Attitudes na de introductiedag.* Aan de hand van de RMA's werden enkele veranderingen tussen meetmoment één en twee vast gesteld (zie Tabel 3). Vooreerst wijzigde de attitude ten aanzien van interventiehandleidingen significant ( $p < .001$ ). Vier van de zes vragen die peilden naar de attitude ten aanzien van handleidingen veranderden significant in de verwachte richting ( $p < .001$ ). Die significante veranderingen wezen steeds op een meer

positieve attitude ten aanzien van interventiehandleidingen na de introductiedag. Dit houdt in dat er meer geloof werd gehecht aan de effectiviteit van interventies voor de gezinnen die men in begeleiding had. Voorts werden dit soort behandelingen als minder rigide en minder beperkend voor de eigen stijl ervaren. Daarenboven werden ze beoordeeld als minder beperkend voor de omgang met crisissen dan voordien.

Aangaande de items die peilden naar de attitude ten aanzien van ABFT werden er geen significante verandering waargenomen ( $p = .59$ , ns). Desalniettemin was er één item waarop een significante verandering ( $p < .05$ ) in de verwachte richting werd vast gesteld. Hier gaf de verandering aan dat de respondenten na de studiedag meer bereid werden om deel te nemen aan een opleiding tot ABFT-therapeut. Voorts gaven de respondenten aan dat het programma goed zou passen bij een aantal gezinnen die bij hen waren aangemeld en dat ze graag meer getraind zouden worden met betrekking tot ABFT. Tot slot gaf 83% van de respondenten aan dat hun mening ten aanzien van ABFT positiever geworden was door het bijwonen van de presentatie met betrekking tot ABFT, 13% had een onveranderde mening en 4% van de respondenten gaven een negatievere mening aan.

*Attitudes na de tweedaagse training.* Na afloop van de tweedaagse opleiding vervulde 86% (12 op 14) van de deelnemers de vragenlijst. In Tabel 4 worden de resultaten weer gegeven. Ondanks de onmogelijkheid om de antwoorden van de meting na de tweedaagse te vergelijken met die van de twee voorgaande metingen aan de hand van een RMA kunnen er op het zicht een aantal zaken vast gesteld worden. De gemiddelden duiden op een positieve attitude ten aanzien van zowel interventiehandleidingen als ABFT. Indien de behaalde gemiddelden van die meting op het zicht vergeleken worden met die van de eerdere metingen valt het op dat de attitudes op alle items positiever zijn. Merk op dat de gemiddelden van items 1, 8, 9, 10 en 11 het maximum nagenoeg bereiken. Daarenboven zijn de medianen van die vijf items gelijk aan het maximum. Voorts rapporteerden 10 van de 12 respondenten, dit is 83%, dat hun attitude positiever geworden was door het krijgen van de training, de mening van de overige twee (17%) was hierdoor niet gewijzigd. Er werd gemiddeld geschat dat 51.5% van de gezinnen waarmee de respondenten reeds hebben gewerkt in aanmerking komen voor ABFT. Echter, wederom is er een grote variabiliteit onder de antwoorden ( $Sd = 28.09\%$ ) met een minimum van 20% en een maximum van 90%.

### *Discussie*

Uit het rapport van het Vlaams Parlement (2011) blijkt dat de aanmeldingen bij de Bijzondere Jeugdzorg sterk stegen tussen 2000 en 2009. Het aanbod van deze dienst is echter

Tabel 3

*Attitudes ten aanzien van interventiehandleidingen en ABFT voor en na de introductiedag.*

Item	Meetmoment 1 (n=74)		Meetmoment 2 (n=70)		Verschil meetmoment 1 en 2
	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	
<u>Attitude ten aanzien van interventiehandleidingen</u>	14.15	(2.05)	12.96	(2.25)	F(1, 50) = 15.04, p < .001
1. Ik geloof dat interventiehandleidingen effectief gebruikt kunnen worden bij mijn gezinnen	3.43	(.58)	3.89	(.49)	F(1,71) = 35.95, p < .001
2. Interventiehandleidingen zijn te rigide om gezinnen uit onze dienst te begeleiden	2.75	(.78)	2.29	(.81)	F(1,73) = 17.8, p < .001
3. Het volgen van een handleiding beperkt mijn eigen stijl om met families te werken	2.72	(.90)	2.26	(.88)	F(1,72) = 13.55, p < .001
4. Door handleidingen te volgen kan ik niet flexibel omgaan met crisissen	2.86	(.82)	2.29	(.85)	F(1,51) = 17.41, p < .001
5. Ik ken al genoeg interventie technieken om de meeste families effectief te begeleiden	2.46	(.80)	2.32	(.80)	F(1,71) = 2.12, ns
<u>Attitude ten aanzien van ABFT</u>	13.08	(1.45)	13.15	(1.78)	F(1,71) = .95, ns
6. Zinnvolle verandering in begeleiding kan niet plaats vinden op 16 weken	2.86	(.98)	2.79	(1.02)	F(1,72) = .27, ns
7. ABFT is gericht op de relatie tussen de ouder en één adolescent, en daarom is dit geen meerwaarde voor alle andere problemen waar het gezin mee worstelt	2.33	(.96)	2.19	(1.04)	F(1,71) = .80, ns

8. Ik geloof dat ABFT past binnen het werk dat ik doe	3.70	(.76)	3.86	(.69)	F(1,72) = 3.38, ns
9. Ik ben geïnteresseerd om te leren hoe je ABFT moet doen	4.22	(.73)	4.29	(.68)	F(1,72) = 1.00, % p < .05
10. ABFT zou goed passen bij sommige van de gezinnen die aangemeld worden voor thuisbegeleiding	/	/	4.15	(.62)	
11. Nu ik gezien heb waar ABFT uit bestaat, zou ik graag meer training in dit model willen krijgen	/	/	4.16	(.73)	
12. Bij welk percentage van de gezinnen waarmee je al gewerkt hebt, zou ABFT een mogelijk goede begeleiding geweest zijn?	/	/	45.56%	(21.91%)	

Tabel 4

*Meetmoment drie: Attitudes ten aanzien van interventiehandleidingen en ABFT na de tweedaagse training (N=12)*

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<i>Gemiddelde</i>	4.67	1.67	1.58	1.71	2.33	2.67	1.75	4.85	4.75	4.67	4.75	51.5%
<i>Standaarddeviatie</i>	.49	.65	.51	.76	.78	1.67	.87	.67	.45	.49	.45	28.09%
<i>Minimum</i>	4	1	1	1	1	1	1	3	4	4	4	20%
<i>Maximum</i>	5	3	2	3	4	5	4	5	5	5	5	90%
<i>Mediaan</i>	5	2	2	2	2	2	2	5	5	5	5	55%

niet afgestemd op de stijgende vraag (Vervotte, 2006; Vlaams Parlement, 2011; VRIND, 2010). Het gebruik van meer wetenschappelijk getoetste interventies en een verhoogde openheid ten aanzien van nieuwe programma's werd verondersteld dit knelpunt aan te pakken (Vervotte, 2006; Vlaams Parlement, 2011). Aangezien ABFT een behandelingsprogramma is dat ambulant uitgevoerd (Diamond et al., 2010) moet worden vormt de ambulante thuisbegeleidingsdienst van de BJZ, de ideale setting om het ABFT-programma te introduceren. Hiertoe werd een introductiedag en een tweedaagse training georganiseerd voor de medewerkers van de thuisbegeleidingsdienst. Deze studie onderzocht of de medewerkers open staan ten aanzien van interventiehandleidingen in het algemeen en het ABFT-programma in het bijzonder. Meer specifiek werd er getoetst of de gegeven introductiedag en de tweedaagse training omtrent ABFT de attitudes positief beïnvloedde.

De resultaten zijn in de lijn van de verwachtingen. De begeleiders geloven na de introductiedag immers meer in de effectiviteit van interventiehandleidingen voor de gezinnen in de Bijzondere Jeugdzorg dan voordien. Daarenboven vonden de respondenten interventiehandleidingen nadien minder rigide en minder beperkend voor de eigen stijl en de flexibiliteit indien er zich crisissen aanbieden. Daarentegen werd er slechts bij één van de items die peilden naar attitude ten aanzien van ABFT een significante verandering vastgesteld door de introductiedag. Deze significante verandering gaf aan dat de deelnemers meer gemotiveerd werden om ABFT te leren. Gemiddeld genomen bleef men echter neutraal ten aanzien van de stelling dat verandering niet kan plaats vinden binnen 16 weken en dat de therapie zich slechts op één ouder-kind relatie focust en de rest van het gezin geen baat heeft bij de interventie. Desalniettemin bleek men er van overtuigd dat ABFT nuttig kan zijn in de thuisbegeleidingsdienst. Dit blijkt uit de antwoorden op vraag acht: 'Ik geloof dat ABFT past binnen het werk dat ik doen', vraag tien: 'ABFT zou goed passen bij sommige van de gezinnen die aangemeld worden voor thuisbegeleiding' en vraag twaalf: 'Bij welk percentage van de gezinnen waarmee je al gewerkt hebt, zou ABFT een mogelijk goede begeleiding geweest zijn?'. Op vraag 8 en 10 antwoorden men positief, bij vraag 12 werd er geschat dat een aanzienlijk percentage (45.56%) van de gezinnen die men reeds begeleid had in aanmerking kwamen voor een behandeling met ABFT.

Vervolgens bleken de attitudes van de deelnemers van de tweedaagse training nadien zowel ten opzichte van interventiehandleidingen als ABFT zeer positief. Voor een aantal items leunden de gemiddelde gerapporteerde attitudes zelfs tegen de maxima aan. Daarenboven waren de medianen van vijf items gelijk aan de maxima. Dit waren vooral items die de attitude ten aanzien van ABFT bevroegen. De respondenten gaven ook aan dat ze open



stonden voor verdere vorming in verband met ABFT. Verder schatte men nu in dat ABFT voor 55% van de reeds begeleide gezinnen in aanmerking kwam. De gerapporteerde attitudes ten aanzien van interventiehandleidingen waren, weliswaar minder uitgesproken, ook positief.

Zoals aangegeven door Addis en Krasnow (2000) is een veel voorkomende negatieve attitude ten aanzien van interventiehandleidingen dat ze te rigide en te beperkend zijn voor de eigen stijl en de individualiteit van de cliënt. Uit de antwoorden verkregen voorafgaand aan de introductiedag blijkt dat de deelnemers, gemiddeld genomen, onbeslist zijn in verband met de rigiditeit en beperkingen die een interventiehandleiding kan opleggen. Na afloop van de studiedag blijkt men significant minder overtuigd te zijn van de rigiditeit en beperkingen van zo'n handleiding. Ook na de tweedaagse training werd die trend voort gezet. Dit komt waarschijnlijk door dat het ABFT-programma, zoals voorgesteld tijdens de studiedag en de tweedaagse training, geen strikt protocol is. In tegendeel, het programma bestaat uit enkele omschreven taken en doelen. Echter de specifieke manier waarop die taken worden uitgevoerd en de doelen worden bereikt is functie van de individualiteit van zowel de cliënt als de therapeut (Diamond et al., 2004). De attitudes kunnen ook gewijzigd zijn door het verstrekken van accurate info en de mogelijkheid om onder collega's te discussiëren over het programma. Die mechanismen van attitudevorming werden reeds aangehaald door Addis en Krasnow (2000) als bevorderlijk voor de attitudes ten aanzien van interventiehandleidingen.

De attitudes ten aanzien van ABFT werden positiever, echter de wijziging was niet significant. Aangezien de deelnemers op eigen initiatief naar de studiedag kwamen, kan er verondersteld worden dat de deelnemers er reeds voorafgaandelijk aan de studiedag een positieve attitude op na hielden ten aanzien van dit programma. Hierdoor was de ruimte om een nog positievere attitude te stimuleren beperkt. Deze bewering wordt gestaafd door dat er reeds op meetmoment één geloofd werd dat ABFT past binnen het werk dat de begeleiders doen en de hoge interesse om te leren hoe ABFT gedaan wordt. Het is mogelijk dat de begeleiders reeds positief stonden ten aanzien van ABFT doordat ze in de aanloop van de introductiedag de literatuur en de reeds gevonden resultaten over ABFT geconsulteerd hadden en op basis hiervan een attitude gevormd hebben (Diamond et al., 2002; Diamond et al, 2003; Diamond, 2004; Diamond et al, 2010; McCarty & Weisz, 2007). Bovendien is ABFT een programma, gebaseerd op enkele wijdverspreide therapieën zoals de structurele therapie (Minuchin, 1974), de multidimensionele familietherapie (Liddle, 1999), de contextuele therapie (Boszormeny-Nagy & Sparks, 1984) en de emotion-focused therapie (Greenberg & Johnson, 1988). Voorts wijst veel onderzoek op het belang van hechting voor de aanpassing

in het algemeen en depressie in het bijzonder (Armsden et al., 1990, Essau, 2004; Sroufe et al., 2005; Warren et al., 1997). Hierdoor lijkt het aannemelijk dat de aanpak van de hechtingskwaliteit depressie beïnvloedt. De hoge prevalentie (Bayingana et al., 2004) en zware impact van depressie bij adolescenten (Bayingana et al., 2004 Demyttenaere, 2006), samen met de lange wachttijden in Vlaanderen (Vlaams Parlement, 2011) dragen mogelijks ook bij aan een verhoogde openheid bij hulpverleners voor kortdurende, effectieve behandelingen. Tot slot was er missing data. Vier personen die deelnamen aan meetmoment één, vulden de vragenlijst niet meer in op meetmoment twee en twee personen die deelnamen aan de tweedaagse training vervolledigden de vragenlijst nadien niet. De redenen voor de uitval zijn niet bekend. Maar enkele plausibele verklaringen zijn dat de deelnemers bij afloop van de studiedag en de training naar huis wilden en hierdoor te gehaast waren om de vragenlijst in te vullen of die eenvoudigweg vergeten zijn.

Algemeen kan geconcludeerd worden dat de thuisbegeleidingsdienst van de BJZ open staat voor het ABFT-programma. De volgende stap is toetsen of dit programma werkzaam is bij de doelgroep van deze dienst. Ten einde de werkzaamheid na te gaan werd een  $N=1$  studie uitgevoerd.

## Studie 2

### *Methode*

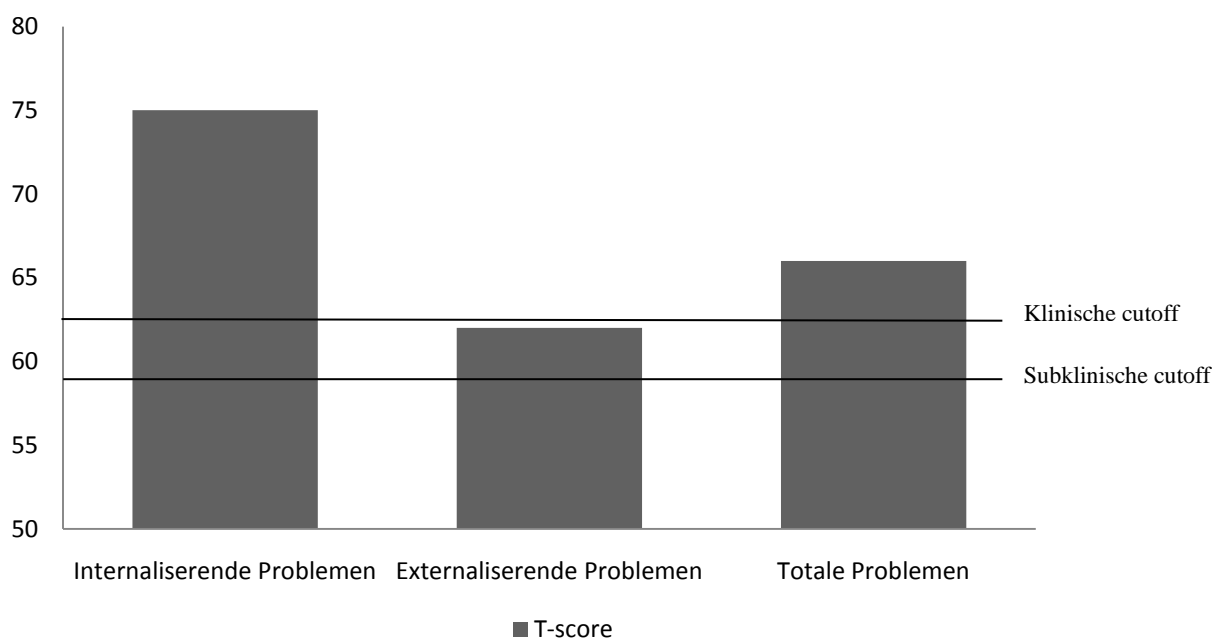
*Deelnemer.* Om na te gaan of ABFT werkzaam is voor cliënten binnen de thuisbegeleidingsdienst van de BJZ werd een  $N=1$  studie uitgevoerd. Dezelfde zeven inclusiecriteria werden gehanteerd als die in de studies van Diamond et al. in 2002 en Diamond et al. in 2010. (1) De cliënt moet tussen 12 en 17 jaar oud zijn. (2) De primaire klacht van de cliënt dient depressie te zijn, daarenboven mag de patiënt (3) geen psychotische kenmerken of (4) mentale retardatie hebben. Zijn toestand mag (5) geen hospitalisatie vereisen en hij mag (6) niet reeds in behandeling zijn. Ten slotte (7) moeten de cliënt zelf en zijn moeder akkoord gaan met het onderzoek en beiden dienen bereid te zijn deel te nemen aan de behandeling.

De betreffende cliënt was een 17-jarige jongen die school liep in het zesde technisch secundair onderwijs. Hij was samen met zijn biologische moeder aangemeld bij de thuisbegeleidingsdienst van de BJZ. Op het moment van de aanmelding ging hij niet naar school omwille van een depressie. Als screeningsinstrument werd de CBCL afgenomen bij de

moeder. De resultaten (Figuur 2) van de CBCL gaven aan dat haar zoon klinisch scoort op de subschalen die internaliserende problemen (T-score = 75-C) en totale problemen (T-score = 66-C) meten. Daarentegen scoorde hij subklinische (T-score = 62-B) op de externaliserende schaal. Bovendien wordt er een klinische score gevonden op de Angstig/Depressieve syndroomschaal (T-score = 85-C) en een subklinische score op de Teruggetrokken/Depressieve syndroomschaal (T-score = 66-B) (zie Figuur 3). Voorts wijzen ook de scores op de DSM-georiënteerde schalen op affectieve (T-score = 73-C) en angstproblemen (T-score = 73-C) (Figuur 4). Aan de hand van die gegevens kan geconcludeerd worden dat deze jongen voldeed aan de inclusiecriteria. Een therapeut van de dienst BJZ leidde de therapie. Moeder en zoon ondertekenden voorafgaand aan de deelname van de studie het informed consent en de studie werd goedgekeurd door de ethische commissie van de universiteit Gent.

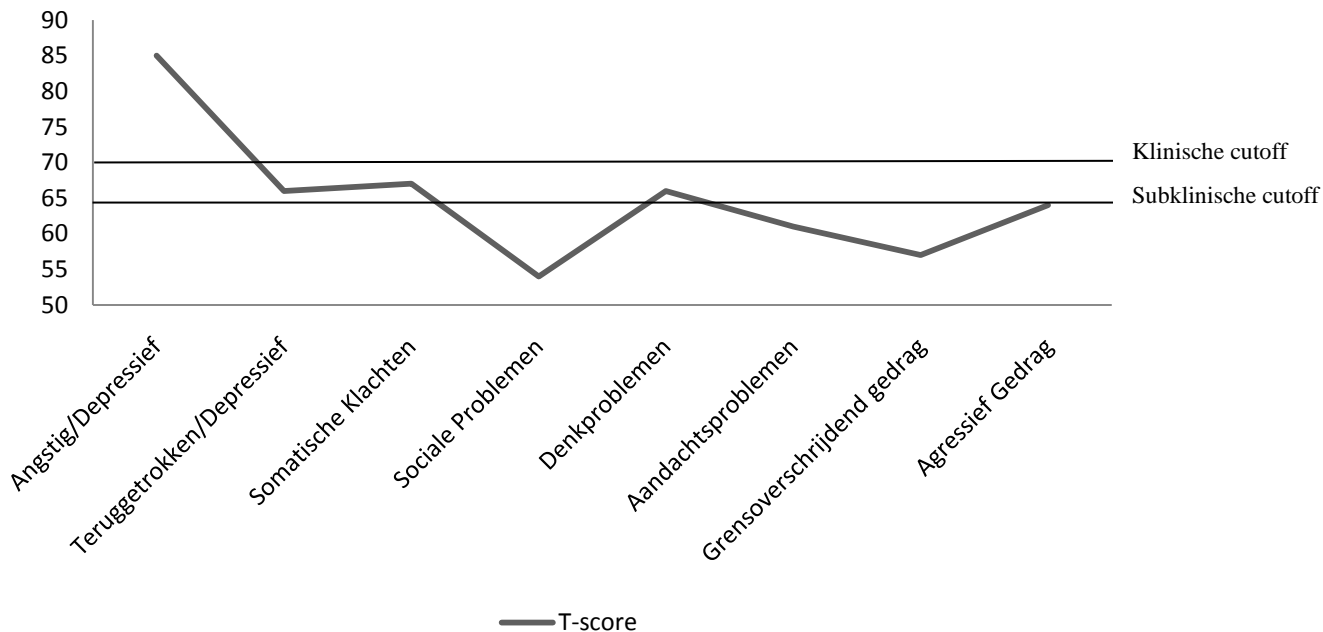
Figuur 2

*CBCL-scores voor internaliserende, externaliserende en totale problemen.*



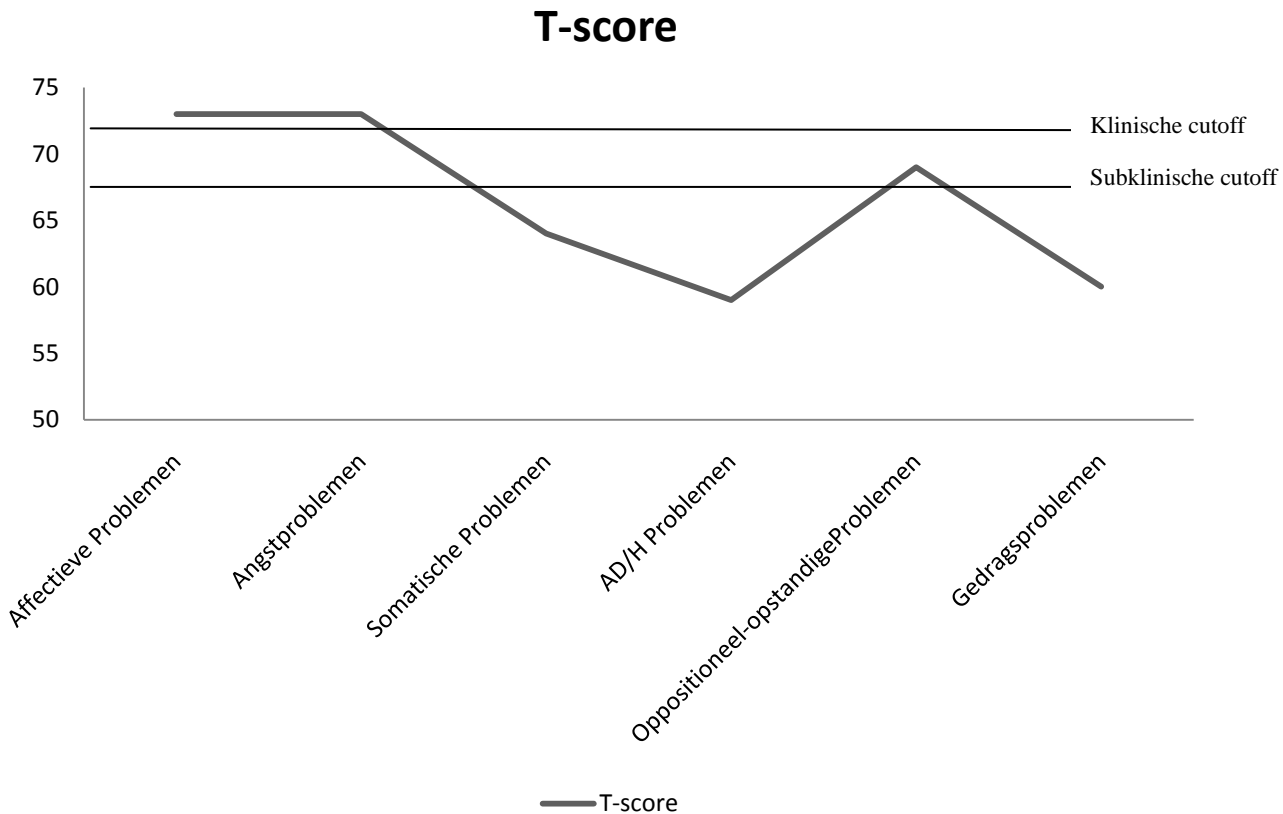
Figuur 3

Scores op de syndroomschaal van de CBCL



Figuur 4

DSM-georiënteerde schalen van de CBCL



**Meetinstrumenten. Gedrags en emotionele problemen:** De Child Behavior Checklist 6-18 (CBCL 6-18; Achenbach, 1991; Nederlandstalige bewerking door Verhulst, Van der Ende & Koot, 1996) is een zelfrapportage vragenlijst voor kinderen en adolescenten van 6 tot 18 jaar die bestaat uit meerdere probleemschalen. Die schalen worden verder onderverdeeld onder de hogere-orde categorieën Internaliserende of Externaliserende klachten. De probleemschalen onder de categorie Internaliserende klachten betreffen Teruggetrokken gedrag, Lichamelijke klachten en Angstig/Depressieve klachten. Onder de hogere orde categorie Externaliserende klachten behoren de schalen Delinquent gedrag en Agressief gedrag. Verder zijn er nog de schalen Sociale problemen, Denkproblemen en Aandachtsproblemen. Uiteindelijk wordt nog een Totale Probleemscore berekend (Verhulst et al., 1996). De probleemschaal die Affectieve problemen meet, vertoont concurrente validiteit met de DSM IV-TR diagnoses van majeure depressieve stoornis (Ferdinand, 2008). De Cotan oordeelde in 1999 dat de betrouwbaarheid van de CBCL 6-18 goed is (Nederlands Jeugd Instituut, 2011). Wat betreft de interne consistentie werden voor de schalen die Internaliserende, Externaliserende en Totale Problemen meten alpha's gevonden die tussen .78 en .92 lagen. Voor de hertestbetrouwbaarheid werden correlaties gevonden die hoger dan .80 waren. Dit geldt echter niet voor de subschalen die Activiteiten (.76), Sociale (.79), Lichamelijke klachten (.75) en Denkproblemen (.74). Voorts werd ook de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid voor beide ouders berekend. Alle correlaties waren significant. De correlatie voor de Totale probleemscore bedroeg .65 tot .81, de totale competentiescore behaalde correlaties tussen .53 en .76, tot slot waren alle correlaties voor zowel de Internaliserende als de Externaliserende probleemschalen boven .50 (Achenbach et al., 2008).

**Ernst en symptomen van depressie:** De Child Depression Inventory (CDI; Maria Kovacs 1992; Nederlandstalige bewerking door Timbremont et al, 2008) is een zelfrapportage vragenlijst die screent naar depressie bij kinderen en jongeren tussen zeven en achttien jaar oud. Dit instrument bevat 27 items die peilen naar depressiegerelateerde symptomen. Een indicatie van de aanwezigheid en ernst van depressieve symptomen wordt bekomen door het samen tellen van de 27 items. Omdat de CDI een screeningsinstrument is kan ze niet gebruikt worden als diagnostisch instrument (Timbremont et al., 2008). Desalniettemin blijkt dat de CDI wel degelijk vrij goed discrimineert tussen patiënten met of zonder een DSM IV-TR-diagnose van depressie. Bij een cutoff score van 19 bedroegen de specificiteit en de sensitiviteit respectievelijk 83.8% en 77.8%. Bij een cutoff van 13 bedroeg de specificiteit 67.7% en sensitiviteit 94.4%. Aldus kunnen er verschillende cutoff scores gehanteerd worden

om aan te geven wanneer een persoon klinisch scoort. In een niet-klinische situatie wordt de cutoff meestal op een ruwe score van 19 geplaatst. In een klinische setting is dit meestal 13. Echter uit onderzoek blijkt dat indien er een cutoff van 16 gehanteerd wordt, er een ideale balans tussen sensitiviteit en specificiteit is (Roelofs et al., 2010).

De Nederlandstalige versie van de CDI werd gevalideerd in een steekproef van Nederlandse en Vlaamse jongeren. Er werden normscores verzameld bij zowel een functionele als een disfunctionele groep. Bij 16- tot 18-jarige jongens werd een gemiddelde ruwe score gevonden van 8.15 (Sd = 2.09) binnen de functionele groep. Bij de disfunctionele steekproef bedroeg de gemiddelde ruwe score 14.77 (Sd = 8.61). Voorts vertoont de CBCL een hoge interne validiteit bij Nederlandstalige adolescenten van 13 tot 18 jaar. Er werd een Cronbach's alpha gevonden van .85 in de normale populatie. In de klinische groep bedroeg Cronbach's alpha .86. Tevens werd bij adolescenten een hoge test-hertestbetrouwbaarheid gevonden, deze bedroeg namelijk .67 (Timbremont et al., 2008).

**Hechting:** De Experiences in Close Relationships-Revised scale (ECR-R; Fraley, Waller & Brennan, 2000; Nederlandstalige vertaling door Buysse & Dewitte, 2004) is een zelfrapportagevragenlijst die hechting meet. De vragenlijst bevat 36 stellingen die de respondent dient te beantwoorden aan de hand van een zeven-punts Likertschaal met 1= helemaal niet akkoord, tot 7= helemaal akkoord. In dit onderzoek werden slechts de eerste 16 items van de ECR-R gebruikt. Twee dimensies worden gemeten met twee subschalen, angst en vermijding. Uit onderzoek blijkt dat de twee eerder genoemde domeinen consistent terug worden gevonden in de populatie van adolescenten (Brennan, Clark & Shaver, 1998). Het model met die twee domeinen werd bevestigd aan de hand van een confirmatorische factoranalyse met een CFI die gelijk was aan .98 en een RMSEA van .06. Bovendien vertonen beide subschalen een hoge interne consistentie. De subschaal die angst meet behaalde op de meting ten aanzien van de moeder een Cronbach's alpha van .89. Voor de vermijdende hechting ten aanzien van de moeder werd Cronbach's alpha .93 gevonden. Overigens is de score op die vragenlijst predictief voor toekomstige emotieregulatie en depressie (Brenning, Soenens, Braet, & Bosmans, In Press). Voor deze studie werden de data van de steekproef van Brenning et al. (In Press) gebruikt om normscores voor beide subschalen te berekenen voor enkel de eerste 16 items. Op de angstsubschaal werd een gemiddelde van 16.26 (SD = 6.52). Voor de vermijdingssubschaal was het gemiddelde 26.26 (Sd = 8.46). Vervolgens werd ook de interne consistentie van beide subschalen berekend op basis van de eerste 16 items. De Chronbach's alpha voor de angstsubschaal bedroeg .78, voor de vermijdingssubschaal was het .81.

**Suicide:** The Behavioral Health Screen (BHS) (Diamond et al., 2010) is een instrument dat screent naar tekenen van depressie, angststoornissen, risico op suïcide en posttraumatische stresstoornis bij 12- tot 21-jarigen. De totale screening gebeurt aan de hand van 54 items die 13 domeinen bevragen en duurt 8 tot 15 minuten. De scores op deze schalen worden berekend door het aantal positieve antwoorden op te tellen en vervolgens te delen door het totaal aantal items die de betreffende subschaal bevat. De subschalen van de BHS zijn unidimensioneel, hebben een sterke interne consistentie en vertonen een adequate sensitiviteit. De Cronbach's alpha's die gevonden zijn voor de subschalen bevinden zich tussen .75 en .87. In deze  $N=1$  studie werd de subschaal die suïcide meet gebruikt. De Cronbach's alpha van die schaal bedraagt .82. De suïcideschaal bevat vier hoofdvragen met telkens een subschaal die bevraagt of het aangegeven gevoel in de voorbije week aanwezig was. Het gemiddelde van de normgroep voor deze schaal bedroeg .13 ( $Sd = .71$ ) (Diamond et al., 2010).

*Procedure.* De moeder meldde haar zoon aan bij de BJZ, waar hij werd toegewezen aan de thuisbegeleidingsdienst. De cliënt en zijn moeder verklaarden zich akkoord met de studie. Bij de aanmelding werd de CBCL afgenomen. Naar aanleiding van de resultaten van de CBCL werden de CDI, ECR en de suïcidevragenlijst afgenomen bij de cliënt. De therapie die de cliënt en zijn moeder ondergingen was de Attachment-Based Family Therapy, zoals beschreven door Diamond et al. (2002) (zie Tabel 2). De therapie bestond uit 16 sessies waarin 5 afzonderlijke taken werden doorlopen. Deze taken zijn (1) relationele herformulering, (2) alliance-building met de adolescent, (3) alliance-building met de ouder, (4) reattachement en (5) de promoting-taak. Na afloop van de therapie werden de CDI, ECR en de suïcideschaal nogmaals afgenomen. Aldus betreft dit onderzoek een multiple baseline design met pre-test, post-test opzet. Er werd nagegaan of ABFT effect had op zowel hechting als depressie. Er werd gekozen voor die instrumenten omdat deze een uitgebreid, gedifferentieerd beeld van de patiënt met betrekking tot depressie en hechting schetsen. De veronderstelling dat depressie zou verminderen door de verbetering van de hechtingskwaliteit werd hierdoor toetsbaar.

Vooreerst werd voor elke beschikbare normgroep berekend welke scores hoog (tussen  $x$  en  $+1sd$ ) zeer hoog ( $x+1sd$  en  $x+2sd$ ), laag ( $x$  en  $x-1sd$ ) en zeer laag ( $x-1sd$  en  $x-2sd$ ) waren. Om na te gaan of er een klinisch significante verbetering plaats vond op de CDI werd nagegaan of de cliënt zich na de behandeling dichterbij het gemiddelde van de functionele dan van de disfunctionele groep bevond. Dit aan de hand van de normscores van zowel de

functionele als de disfunctionele groep. Hierna wordt deze methode aangeduid als methode c. Een cutoff score (punt c in Figuur 5) die zich tussen de gemiddelden van beide groepen bevindt, werd berekend. Een score die zich tussen het gemiddelde van de functionele groep en de cutoff bevindt, is dichterbij het gemiddelde van de functionele groep dan die van de disfunctionele groep. Bijgevolg wordt besloten dat een cliënt klinisch significant verandert indien hij de cutoff score overschrijdt. Concreet wordt die cutoff berekend aan de hand van volgende formule:  $c = (S_0 M_1 \pm S_1 M_0) / (S_0 \pm S_1)$ . Doordat de normscores van zowel de functionele als de disfunctionele groep beschikbaar zijn kon ook de Reliable Change Index (RCI) berekend worden. De RCI wordt berekend aan de hand van volgende formule:  $(x_2 - x_1) / S_{diff}$ . Een RCI die groter is dan 1.96 wijst op een klinisch significante verandering ( $p < .05$ ) (Jacobson & Truax, 1991).

Voor de ECR en de suïcidevragenlijst zijn enkel de normscores van de functionele groep bekend. Voor die schalen werd telkens berekend of de scores voor en na de therapie binnen de range van de functionele groep vallen. Hierna wordt deze methode als methode b benoemd. De range van de functionele groep is gelijk aan het gemiddelde van de groep vermeerderd of verminderd met twee maal de standaarddeviatie van die groep (punt b in Figuur 5) en wordt berekend aan de hand van volgende formule:  $b = M \pm 2s$ . Indien de score van de cliënt dit punt overschrijdt is er sprake van een klinisch significante wijziging (Jacobson & Truax, 1991).

## Figuur 5

*Cutoff-scores voor klinisch significante verandering.*

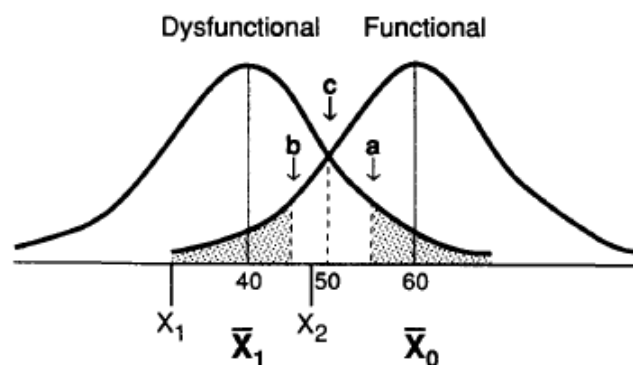


Figure 1. Pretest and posttest scores for a hypothetical subject ( $x$ ) with reference to three suggested cutoff points for clinically significant change (a, b, c).

(Jacobson & Truax, 1991, p 14)



## Resultaten

*Descriptieve gegevens.* De descriptieve gegevens op de CDI worden weer gegeven in Tabel 5, die van de ECR-R en de Suïcideschaal neergeschreven in Tabel 6.

**Ernst en symptomen van depressie:** Tijdens de voormeting behaalt de patiënt op de CDI een ruwe score van 24, dit komt overeen met percentiel 83. Hiermee scoorde hij boven de klinische cutoff score van 19. Daarenboven scoort hij in vergelijking met zowel de functionele als de disfunctionele groep zeer hoog. Tijdens de post-meting daarentegen bedroeg zijn ruwe score 8, dit staat gelijk aan percentiel 30. Met deze score daalt hij onder de klinische cutoff en scoort hij laag in vergelijking met beide normgroepen.

Tabel 5

*Pre- en postmetingen van de CDI.*

		<b>Ruwe Score</b>	<b>Vergelijking met de functionele groep</b>	<b>Percentiel</b>	<b>Vergelijking met disfunctionele groep</b>
<i>CDI</i>	<i>Voor</i>	24	Zeer hoog	83	Zeer hoog
	<i>Na</i>	8	Laag	30	Laag

**Hechting:** De scores van de cliënt op de angstschaal van de ECR stijgen tussen meting één en twee van ruwe score 17 naar 25. Die stijging is groter dan 6.52, de standaarddeviatie van die schaal. In vergelijking met de functionele groep evolueert hij van een hoge naar een zeer hoge score. In tegenstelling tot de angstschaal, wordt er wel een daling van de score vastgesteld op de vermijdingsschaal. De ruwe score daalt van 38 naar 30. Die daling is bijna gelijk aan de standaarddeviatie van deze subschaal (8.46). In vergelijking met de functionele groep betekent dit dat hij van een zeer hoge naar een hoge score evolueert.

**Suïcide:** Voor de behandeling bedraagt de score .63. Na de therapie is die score gedaald tot .38. Deze scores geven aan dat hij in vergelijking met de normgroep van een zeer hoge naar een hoge score evolueert. Voorts werd de suïcideschaal op itemniveau bekeken. Tijdens de voormeting geeft de cliënt aan dat hij gedurende de voorbije week zowel het gevoel had dat het niet de moeite waard was om te leven en overwogen heeft om zelfmoord te plegen. Bij de nameting rapporteert hij dat die gevoelens en overwegingen niet meer aanwezig waren tijdens de daaraan voorafgaande week. Dit is een belangrijke evolutie waaruit besloten kan worden dat de mate waarin de cliënt risico loopt op suïcide wel degelijk in een belangrijke mate is afgenomen.

Op elke schaal is er een wijziging van de scores tussen de pre- en de postmeting waar te nemen. De scores op zowel de CDI, als de vermijdingssubschaal, als de suïcideschaal

dalen. Daarentegen wordt een stijging waargenomen op de subschaal van de ECR-R die angstige hechting meet.

Tabel 6

*Pre- en postmetingen van de ECR-R en de Suicideschaal.*

		Ruwe Score	Vergelijking met de functionele groep
<i>ECR</i>	<i>Voor</i>	17	Hoog
<i>Angst</i>	<i>Na</i>	25	Zeer hoog
<i>ECR</i>	<i>Voor</i>	38	Zeer hoog
<i>Vermijding</i>	<i>Na</i>	30	Hoog
<i>Suicide</i>	<i>Voor</i>	.63	Zeer hoog
	<i>Na</i>	.38	Hoog

*Klinisch significante verandering: cutoff-scores.* Aan de hand van de methodes van Jacobson en Truax (1991) worden cutoffscores berekend op basis van de normscores die voor handen zijn voor de desbetreffende schalen. Indien er vast gesteld wordt dat de scores na de therapie binnen de afgebakende zone van de cutoff scores vallen kan er besloten worden dat er een klinisch significante verandering heeft plaats gevonden (Jacobson & Truax, 1991).

**Ernst en symptomen van depressie:** Voor de CDI zijn normscores van de functionele en de disfunctionele groep beschikbaar. Hierdoor was het mogelijk om methode c van Jacobson en Truax (1991) toe te passen. Deze methode is hier goed op zijn plaats omwille van de grote overlap tussen beide populaties (Jacobson & Truax, 1991). Het gemiddelde van de CDI voor de functionele groep van 16- tot 18-jarige jongens bevindt zich op de ruwe score van 8.15, met een standaarddeviatie van 2.09. Voor de disfunctionele groep zijn die cijfers 14.77 en 8.61. De cutoff werd gefixeerd op een ruwe score van 9.10. Met betrekking tot onze cliënt geldt dat hij zich voorafgaandelijk aan de therapie, met score 24, dicht bij het disfunctionele gemiddelde bevindt. Echter, na de behandeling wordt vast gesteld dat hij zich met score 8 dicht bij het gemiddelde van de functionele groep dan bij die van de disfunctionele groep bevindt. Met die verandering van score 24 naar 8 overschrijdt hij de cutoff, dit wijst op een klinisch significante verbetering van zijn depressieve symptomen (Jacobson & Truax, 1991).

**Hechting:** Voor de subschalen van de ECR-R werd middels methode b van Jacobson en Truax (1991) de cutoffscore voor de functionele groep berekend. Voor dit meetinstrument zijn namelijk enkel de normscores van de functionele groep beschikbaar. De cutoff score ligt op twee standaarddeviaties verwijderd van het gemiddelde. Voor de subschaal die angstige

hechting meet ligt deze cutoff op 29.30. Tijdens geen van beide metingen scoort de cliënt hier boven. Met betrekking tot de subschaal die vermijdende hechting meet werd de cutoff gefixeerd op 43.18. Ook op deze subschaal werd zowel tijdens de pre- als de post meting niet boven de cutoff gescoord. Aldus werden er op de ECR-R geen klinisch significante wijzigingen vast gesteld.

**Suicide:** Voor de suïcideschaal van de BHS werd wederom berekend of de patiënt voor en na de interventie binnen de range van de functionele populatie valt. Op basis van methode b, werd de cutoff gefixeerd op .71. De patiënt scoort zowel voor als na de therapie niet boven de cutoff. Bijgevolg wordt er op de suïcideschaal geen klinisch significante verandering vast gesteld.

*Klinische significantie: Reliable Change Index.* Indien zowel de normscores van de functionele als de disfunctionele groep beschikbaar zijn kan de RCI berekend worden (Jacobson & Truax, 1991). Van de in deze studie gehanteerde schalen geldt enkel voor de CDI dat de normscores van beide groepen voor handen zijn. De RCI voor het verschil tussen de pre- en postscores van de patiënt bedraagt 1.68. Deze score komt niet boven de cutoff van 1.96, die een significante verandering ( $p < .05$ ) aangeeft, uit. Op basis van de RCI kunnen we dus niet concluderen dat de patiënt een klinisch significante verandering heeft ondergaan met betrekking tot de ernst van zijn depressieve symptomen.

### *Discussie*

Depressie komt vaak voor, ook bij Vlaamse adolescenten (Bayingana et al., 2004). Daarenboven heeft depressie een grote korte- en langetermijn-impact op de persoon in kwestie, zijn omgeving en de maatschappij (Bayingana et al., 2004; Demyttenaere, 2006; Hammen & Rudolph, 2003; Hinshaw & Cicchetti, 2000; Maughan & Taylor, 2001; Mehler-Wex & Kölch, 2008; WHO, 2010a). Uit onderzoek blijkt dat hechting waarschijnlijk een modererende invloed heeft op de relatie tussen stress en depressie (Besser & Priel, 2003). Hieruit kan geconcludeerd worden dat verbetering van de hechtingsrelatie zou leiden tot minder depressie (Diamond et al, 2002; Diamond, 2004). Dit is net wat ABFT, een 16-weken durend programma die zich specifiek op depressieve adolescenten richt, tracht te doen (Diamond et al., 2002; Diamond, 2004). In eerdere studies die de effectiviteit van ABFT nagingen, werden reeds veelbelovende resultaten gevonden (Diamond et al., 2002; Diamond et al., 2003; Diamond et al., 2010). Omdat depressie vaak aanwezig is bij Vlaamse adolescenten en er binnen de thuisbegeleidingsdienst van de BJZ vraag is naar meer kortdurende, effectieve behandelingen, werd het ABFT-programma naar Vlaanderen gehaald.

Alvorens ABFT op grote schaal in te voeren in deze dienst, is het noodzakelijk om te weten of dit behandelingsprogramma werkzaam is voor cliënten die aangemeld zijn binnen de thuisbegeleidingsdienst.

Deze studie beoogde het toetsen van de werkzaamheid van het ABFT-programma in een  $N=1$  studie. De cliënt was een zeventienjarige jongen die aangemeld was bij de dienst thuisbegeleiding van de Bijzondere Jeugdzorg omwille van een depressie. Samen met zijn moeder werd hij behandeld met het Attachment-Based Family Therapy. Om zijn evolutie op vlak van ernst van depressie, angstige en vermijdende hechting en suïciderisico na te gaan, werden voorafgaandelijk en na afloop van de therapie de CDI, ECR-R en Suïcideschaal van de BHS afgenomen. De score op de CDI geeft aan dat de ernst van de depressie is afgenomen van zeer hoog naar laag in vergelijking met zowel de functionele als de disfunctionele groep en na de therapie valt de score onder de klinische cutoff-score van 19. Indien een cutoff wordt berekend aan de hand van de methode van Jacobson en Truax (1991) wordt er eveneens een klinisch significante verbetering van de depressieve symptomen vast gesteld. Echter, indien de RCI (1.68) in rekening wordt gebracht blijkt er geen sprake te zijn van een significante daling van de ernst van depressie. Samengevat kunnen we stellen dat de depressie wel degelijk afgenomen is. Doch, de afname is niet voldoende groot om aan het strenge criterium van de RCI te voldoen.

Met betrekking tot de ECR-R blijkt, in tegenstelling tot de verwachtingen, de score op de angstsubschaal met acht punten toe te nemen. Dit betekent dat de cliënt van een hoge naar een zeer hoge score evolueert. Echter, een klinisch significante wijziging wordt niet opgemerkt.. Mogelijks verklaren de comorbide angstproblemen (zie Figuur 3 en 4) deze stijging. Desalniettemin bleek in de studie van Diamond et al. (2002) de angst te dalen dankzij de therapie. Voorts is het mogelijk dat er, niettegenstaande dat de angstsubschaal een voldoende hoge interne consistentie blijft vertonen, een vertekend beeld ontstaan is met betrekking tot angstige hechting door het ontbreken van de 20 laatste items van de ECR-R schaal. De score op de subschaal die vermijding meet neemt acht punten af. Dit betekent dat de cliënt van een aanvankelijk zeer hoge score naar een hoge score evolueert. Echter, ook voor deze subschaal geldt dat er geen klinisch significante wijziging vastgesteld wordt. Het patroon dat aan de hand van de ECR-R gevonden wordt is opmerkelijk. Alhoewel geen beide wijzigingen significant zijn worden duidelijke trends afgetekend. De dalende trend op de vermijdingsschaal is conform de verwachtingen. De stijgende trend op de schaal voor angstige hechting, daartegenover is verbazingwekkend. Mogelijks werkt ABFT meer in op vermijdende dan op angstige hechting. Dit omdat er in de eerste plaats gefocust wordt op het

aangaan van het gesprek. Hiermee wordt voorkomen dat de jongere kan vermijden, maar de angst voor verwerping kan aanwezig blijven.

Tot slot is de trend vastgesteld met de BHS overeenkomstig de verwachtingen. De score op de suïcideschaal vertoont een daling, die weliswaar niet significant is. Echter, vergeleken met de normgroep daalt de score van de cliënt van zeer hoog naar hoog. Op itemniveau wordt vastgesteld dat de cliënt, in tegenstelling tot de voormeting, na de behandeling geen suïcidegedachten meer had in de voorafgaande week. De afname van suïcidegedachten is in overeenstemming met de resultaten bekomen in de studie van Diamond, et al. (2010).

Niettegenstaande dat er slechts gedeeltelijk significante resultaten behaald werden kan geconcludeerd worden dat de ernst van de depressie afgenomen bleek na het doorlopen van de therapie. Verder zijn er, overeenkomstig voorgaand onderzoek, neerwaartse tendensen op de schalen die vermijdende hechting en suïcide meten. Er kan vanuit gegaan worden dat die veranderingen te danken zijn aan de ABFT en in lijn zijn met de bevindingen van Diamond et al. (2002) en Diamond et al., (2010). Nochtans is de stijgende tendens op de angstsubschaal van de ECR-R opmerkelijk.

### Algemene Discussie

Depressie blijkt een wijdverspreid probleem te zijn bij adolescenten (Bayingana et al., 2004). Bovendien heeft depressie verstrekkende gevolgen voor deze populatie, alsook voor de samenleving in het algemeen en dit zowel op lange als op korte termijn (Bayingana et al., 2004; Demyttenaere, 2006; Hammen & Rudolph, 2003; Hinshaw & Cicchetti, 2000; Maughan & Taylor, 2001; Mehler-Wex & Kölch, 2008; WHO, 2010a). Depressie ontstaat door een wisselwerking van kwetsbaarheid- en stressfactoren (Abela & Sullivan, 2003; Beck, 1967; Beck, 1983; Eberhart et al., 2011; Hankin, 2008; Kuroda & Sakurai, 2011). Meer specifiek wordt verondersteld dat hechting een zeer belangrijke kwetsbaarheidfactor vormt en de relatie tussen stress en depressie modereert (Besser & Priel, 2003). Niettegenstaande de prevalentie en de impact van depressie wijst effectiviteitsonderzoek uit dat met de voorhanden zijnde therapieën vaak slechts matige resultaten worden bereikt (Weisz et al., 2006). Opvallend is dat de meeste van deze therapieën, ondanks het belang ervan, geen hechtingscomponent bevatten (Bosmans, In Press). Aangezien onderzoek, hechting aanwees als één van de voornaamste risico- en in stand houdende factoren van depressie (Armsden et al., 1990, Essau, 2004; Sroufe et al., 2005; Warren et al., 1997) wordt verondersteld dat net de

inclusie van deze hechtingsfactor in interventies de effectiviteit zou verhogen (Bosmans, In Press; Diamond, 2004). Een 16-weken durende familie-interventie die deze hechtingscomponent wel bevat is de Attachment-Based Family Therapy (ABFT). Uit eerder onderzoek werden er aan de hand van ABFT telkens veelbelovende effectgroottes gevonden (Diamond et al., 2002; Diamond et al., 2003; Diamond et al., 2010). Aangezien er binnen de Bijzondere JeugdZorg (BJZ), de nood bestaat aan kortdurende, effectieve behandelingsvormen (Vlaams Parlement, 2011) werd deze dienst uitgekozen om het onderzoek te laten doorgaan. Meer in het bijzonder werd de thuisbegeleidingsdienst geselecteerd, daar die voorziening, net zoals het ABFT-programma, ambulant werkt en een contextuele aanpak hanteert (CABGent, 2011).

Twee onderzoeksvragen werden getoetst. De eerste studie trachtte na te gaan of men binnen de thuisbegeleidingsdienst van de BJZ open staat voor het ABFT-programma. Voorts werd er getoetst of een studiedag en een tweedaagse training de attitudes ten aanzien van interventiehandleidingen en ABFT positief kon beïnvloeden. Met behulp van Studie 2 werd geprobeerd de werkzaamheid van ABFT bij een depressieve adolescent, die aangemeld was bij de thuisbegeleidingsdienst, vast te stellen.

### *Resultaten*

De resultaten bevestigden deels de vooropgestelde hypothesen. In Studie 1 werd na gegaan of het ABFT-programma ingang vindt in de thuisbegeleidingsdienst van de BJZ in Vlaanderen. Vooreerst werd er nagegaan of een studiedag voor begeleiders van deze sector een invloed had op de attitudes (Tabel 3). De attitudes van de begeleiders van deze dienst die op de studiedag waren, bleken significant positiever te worden ten aanzien van interventiehandleidingen. Meer specifiek werden interventiehandleidingen als minder rigide en beperkend beschouwd. Die veranderingen zijn waarschijnlijk toe te schrijven aan de accurate informatie te verstrekt werd tijdens de presentatie, waarin duidelijk gemaakt werd dat ABFT een interventiehandleiding is dat flexibel toegepast kan worden en ruimte laat voor de individualiteit van zowel de cliënt als de therapeut (Diamond & Levy, 2009). De attitudes met betrekking tot ABFT zelf veranderden, op één na, niet significant door de studiedag. De begeleiders gaven enkel aan dat ze meer geïnteresseerd werden om te leren hoe ABFT uitgevoerd moet worden. Het gebrek aan significante veranderingen voor deze attitude is vermoedelijk toe te schrijven aan de positieve attitudes die de begeleiders, die allen vrijwillig naar de studiedag kwamen, reeds bij aanvang ten aanzien van dit programma hadden. Tot slot werd geschat dat ABFT in aanmerking zou komen voor een aanzienlijk aandeel van de

aangemelde gezinnen in de thuisbegeleidingsdienst. Uit kwalitatieve analyse van de antwoorden die verkregen werden op meetmoment drie (Tabel 4) bleek dat de positieve evolutie van de attitudes werd voortgezet. Vooral de items die de attitude ten opzichte van ABFT maten werden zeer positief beantwoord. Bij afloop van de training werd het aandeel gezinnen dat in aanmerking komt voor een behandeling met dit programma nog wat hoger ingeschat dan op meetmoment twee. Er kan geconcludeerd worden dat de begeleiders van de thuisbegeleidingsdienst van de BJZ een positievere attitude ontwikkelden door deelname aan de studiedag en de tweedaagse training. Door deze resultaten kan er verondersteld worden dat ABFT ingang vindt in de gegeven setting.

Studie 2 ging na of ABFT werkzaam is bij een cliënt die aangemeld was in de thuisbegeleidingsdienst van de BJZ. Die onderzoeksvraag werd onderzocht aan de hand van een  $N=1$  studie. Uit die studie bleek dat ABFT wel degelijk een effect had op de ernst van de depressieve symptomen, suïcide en vermijdende hechting en hiermee de vooropgestelde hypothese bevestigde. De scores op deze schalen vertoonden namelijk allen een neerwaartse trend, daarenboven werd er een significante daling van de ernst van depressieve symptomen vast gesteld. Toch was er één onverwacht resultaat. De angstige hechting van de cliënt vertoonde namelijk een stijgende trend. Die tendens is niet in lijn met de verwachtingen en voorgaand onderzoek (Diamond, et al., 2002). De gevonden resultaten geven aan dat ABFT mogelijks werkzaam is binnen de gegeven setting. Echter, meer onderzoek naar de werkzaamheid van het programma is noodzakelijk.

Beide studies bevestigen hun vooropgestelde hypothesen gedeeltelijk en geven hiermee aan dat de thuisbegeleidingsdienst open staat voor interventiehandleidingen en in het bijzonder voor het ABFT-programma. Voorts blijkt dat deze interventie binnen dezelfde setting werkzaam kan zijn om depressie, suïcide en vermijdende hechting te doen afnemen.

#### *Limiteringen en sterktes van het onderzoek*

Met betrekking tot beide studies zijn limiteringen en sterktes aan te merken. Voor Studie 1 zijn een aantal limiteringen aan de orde. Vooreerst moet met betrekking tot de vragenlijst opgemerkt worden dat die vragenlijst zelf opgesteld was en een lage interne consistentie had voor de subschaal die naar de attitude ten opzichte van ABFT peilde (Chronbach's  $\alpha = .63$ ). Ten tweede was het niet mogelijk om de data verzameld op meetmoment drie kwantitatief te vergelijken met de data van de eerste twee meetmomenten. Dit omdat er tijdens die meting een aanzienlijk minder groot aantal respondenten was, waardoor een Repeated Measures Analyse onmogelijk werd. Kwantitatieve vergelijking werd

eveneens onmogelijk doordat de vragenlijsten op meetmoment drie geheel anoniem werden ingevuld, waardoor de eerdere attitudes van de desbetreffende respondenten niet te traceren waren. Vervolgens zijn er een drietal opmerkingen met betrekking tot de participanten. Ten eerste is het niet geweten hoe representatief de steekproef is voor de hulpverleners in de thuisbegeleidingsdienst. Ten tweede werd er waarschijnlijk door middel van zelfselectie een specifieke groep bereikt. Er kan verondersteld worden dat de personen die naar de studiedag kwamen reeds op voorhand gemotiveerd waren en positief stonden ten aanzien van interventiehandleidingen en ABFT. Immers, medewerkers die vooraf geen interesse toonden zijn waarschijnlijk niet ingegaan op de uitnodiging voor de studiedag en hebben we bijgevolg niet bereikt. Dientengevolge kan het beeld met betrekking tot de attitudes dat verkregen werd vertekend zijn. Ten derde kan ook aangaande diegenen die zich kandidaat stelden voor de opleiding eenzelfde veronderstelling gemaakt worden. Het is aannemelijk dat deze kandidaten voorafgaandelijk aan de opleiding reeds een zeer positieve attitude hadden ten aanzien van ABFT. Echter dit is niet te verifiëren door de eerder vermeldde anonimiteit. Bovendien zijn ook de opleidingen van de 14 begeleiders die deelnamen aan de tweedaagse opleiding niet bekend.

Ook Studie 2 bevat een aantal beperkingen. Vooreerst is er hier een  $N=1$  studie uitgevoerd. Een  $N=1$  studie heeft steeds een beperkte generaliseerbaarheid naar de populatie toe. Nog voor  $N=1$  studies geldt dat er geen enkele vorm van controlegroep voorzien wordt, waardoor interferentie van storende variabelen niet uit te sluiten is. Specifiek met betrekking tot het design van de hier uitgevoerde studie zijn volgende opmerkingen op hun plaats. Ten eerste werd er slechts één voormeting uitgevoerd. Hierdoor was er geen solide baseline voor handen en was het niet mogelijk om fluctuaties in de toestand van de cliënt voorafgaandelijk aan de therapie te identificeren. Ten tweede werden er tijdens de therapie zelf geen tussenmetingen uitgevoerd. Zodoende was het onmogelijk om tijdelijke veranderingen vast te stellen of te constateren op welk tijdstip er veranderingen plaats grijpen. Meer specifiek zou met behulp van tussenmetingen de gelegenheid ontstaan zijn om na te gaan of ABFT werkt volgens het veronderstelde mechanisme. Indien dit mechanisme overeenstemt met de realiteit en ABFT er op in werkt dan zou hechting het eerst moeten wijzigen en daarna depressie en suïcidaliteit. Ten derde is er geen follow-up meting voor handen en kan er niet gecontroleerd worden of de behaalde effecten ook op langere termijn blijven of wijzigen. Een mogelijk effect dat vast gesteld kon worden aan de hand indien er follow-up werd uitgevoerd is een sleeper-effect. De aanwezigheid van een sleeper-effect houdt in dat het effect van de behandeling niet onmiddellijk na de therapie vast gesteld kan worden, maar slechts na een



bepaalde periode volgend op de behandeling optreedt (Kendall, 1991). De aanwezigheid van een sleeper-effect behoort tot de mogelijkheden aangezien het ABFT-programma zich op de toekomst focust en een betere omgang met stressoren beoogt met een ouder als secure base en een stevigere verankering in de sociale omgeving. Zo kan verwacht worden dat de jongere gedurende de tijd die volgt op de therapie meer veilige hechtingservaringen ervaart, waardoor hechting nog verder verbetert. Ten derde zijn er data verloren gegaan van de ECR-R. Zodoende zijn slechts de antwoorden op de eerste 16 items van de ECR-R voor handen. Hierdoor kan een vertekend beeld ontstaan zijn met betrekking tot het hechtingspatroon die de jongen vertoont ten aanzien van zijn moeder. Eventueel kan de stijgende tendens, vastgesteld op de angstsubscala, hierdoor verklaard worden. Merk eveneens op dat indien slechts de eerste 16 items gebruikt worden de interne consistentie afneemt, doch nog steeds aanvaardbaar blijft. Als vierde moet er rekening mee gehouden worden dat de geselecteerde jongen de eerste cliënt was die door deze therapeut behandeld werd met het ABFT-programma. De mogelijkheid bestaat dus dat de therapeut de voor ABFT vereiste technieken nog niet ten volle beheerste. Ten vijfde is het belangrijk aan te geven dat de cliënt ondertussen gehospitaliseerd diende te worden in de psychiatrie. Hierdoor wordt het inclusiecriterium overtreden dat stelt dat hospitalisatie niet vereist mag zijn. Echter het tijdstip en de precieze aanleiding tot deze opname zijn niet bekend. Bijgevolg is het niet geweten of het effect dat gevonden werd, of een deel daarvan, toe te schrijven is aan ABFT dan wel aan de behandeling die de cliënt onderging tijdens zijn hospitalisatie.

Met betrekking tot de berekening van klinische significantie van de resultaten zijn volgende opmerkingen op z'n plaats. Slechts voor één meetinstrument, namelijk de CDI, zijn zowel de normscores van de functionele als van de disfunctionele groep beschikbaar. Voor de andere meetinstrumenten zijn slechts de normscores van de functionele groep voor handen. De normscores werden bijgevolg gehanteerd bij de berekening van de cutoff-scores. Echter, voor die instrumenten waarvan de scores van beide normgroepen niet gekend zijn is er niet geweten wat de overlap van de disfunctionele met de functionele groep is. Indien er geen overlap is tussen beide groepen is het gebruik van de cutoff-score van enkel de functionele groep een goed criterium. Als er daarentegen wel overlap is, is dit criterium niet streng genoeg. Gezien de scores van de pretest steeds binnen de range van de functionele groep vallen kan er van uit gegaan worden dat de ranges van de functionele en de disfunctionele groepen steeds overlappen. Voor de CDI is het wel bekend dat de ranges van de functionele en disfunctionele groepen sterk overlappen. Om die reden is de RCI hierdoor waarschijnlijk te conservatief om klinische significantie te berekenen voor dit instrument en is methode c niet

conservatief genoeg is. Bovendien dient men in rekening te brengen dat de functionele steekproef steeds personen bevat die thuis horen in de disfunctionele groep. Om die reden worden de normscores van de functionele groep vertekend in de richting van de disfunctionele groep.

Behalve de limiteringen bevatten beide studies evenwel een aantal sterktes. Voor Studie 1 geldt dat dit onderzoek een eerste introductie van het ABFT-programma in Vlaanderen betreft. De attitudes van 74 personen uit de sector ten aanzien van dit programma werden voor het eerst bevestigd. Daarenboven werd een sector uitgekozen waar het programma nauw aansloot bij zowel de werking als de noden van de dienst. Deze dienst werkt immers steeds met het gezin en doelt op een sterker sociaal netwerk (CABGent, 2011). Merk voorts ook op dat een aanzienlijk aandeel van de aanmeldingen bij deze dienst te maken hebben met problemen binnen het gezin zelf. Eén van de noden van de setting is het inkorten van de wachtlijsten. Een kortdurend, werkzaam behandelingsprogramma kan gedeeltelijk een oplossing bieden (Vlaams Parlement, 2011). Een belangrijk punt is dat de bereidheid van de medewerkers van de dienst bevestigd werd alvorens het programma werd ingevoerd. Hierdoor wordt getracht te achterhalen of de begeleiders het programma ook zullen uitvoeren. Om de attitudes te bevestigen werd een zelfontworpen vragenlijst gehanteerd, die specifiek op de doelgroep van begeleiders van de thuisbegeleidingsdienst van de BJZ toegespitst was. Die vragenlijst is, mits enkele aanpassingen, eveneens bruikbaar voor verder attitudeonderzoek. De therapie biedt dus mogelijks oplossing voor reëel aanwezige problemen in Vlaanderen, dit zijn depressie bij adolescenten (Bayingana et al., 2004) en lange wachttijden (Vlaams Parlement, 2011). Tot slot bevat dit onderzoek twee verschillende interventies en drie meetmomenten.

De sterktes van Studie 2 zijn de volgende. Zoals in Studie 1 wordt ook hier een vernieuwend idee binnen gebracht in de Vlaamse hulpverlening. Deze studie geeft namelijk een illustratie van de eerste maal dat een patiënt in Vlaanderen behandeld werd aan de hand van het ABFT-programma. Daarenboven licht deze  $N=1$  studie de mogelijke effecten, dit zijn de vermindering van vermijdende hechting, depressie en suicidaliteit, die met ABFT bereikt kunnen worden toe. Deze studie geeft een illustratie dat depressie verminderd kan worden op een termijn van 16 weken en dus deels een oplossing kan bieden voor de lange wachttijden binnen de sector. Vervolgens geeft deze studie een extra aanzet voor de uitvoering van het pilootproject met ABFT dat reeds op stapel staat in de thuisbegeleidingsdienst van de BJZ in Vlaanderen. Tot slot bevat het design van deze studie twee sterktes. Ten eerste werd er een

pre-posttest met multiple baseline uitgevoerd. Door het gebruik van een pre- en posttest werd het mogelijk om bij de cliënt de evolutie dankzij ABFT te monitoren. Dankzij de multiple-baseline kon het effect op verschillende outcome-variabelen, ernst van depressie, angstige en vermijdende hechting en suicidaliteit, nagegaan worden. Hierdoor werd het mogelijk gemaakt om na te gaan of ABFT wel degelijk via het verbeteren van de hechting, depressie aanpakt. Ten tweede werden de verzamelde data zowel kwalitatief als kwantitatief geanalyseerd, waardoor een gedetailleerd beeld ontstond in verband met trends en significante veranderingen.

Beide studies waren gebaseerd op uitgebreid voorafgaand literatuuronderzoek over de prevalentie en impact van depressie bij adolescenten, de rol van hechting bij het ontstaan van depressie, de bestaande behandelingen en de noden van de thuisbegeleidingsdienst van de BJZ. Daarenboven onderzochten beide studies onderzoeksvragen die nooit eerder getoetst werden in Vlaanderen, hiermee geven ze een aanzet voor verder onderzoek.

### *Suggesties voor toekomstig onderzoek*

Ten einde een beter beeld te krijgen van de bereidheid tot het implementeren van en de nood aan ABFT in de thuisbegeleidingsdienst van de Bijzondere Jeugdzorg dient de dienst een stap dichterbij benaderd worden. Een grootschaliger attitude en behoeftenonderzoek moet uitgevoerd worden. Onderzoekers kunnen de thuisbegeleidingsdiensten zelf langsgaan om de attitudes te bevragen. Dit ten einde meer begeleiders te bereiken, ook diegenen die niet geïnteresseerd zijn in interventiehandleidingen of het ABFT-programma. Een attitudevragenlijst met meer items en grotere interne consistentie zou hiervoor ontwikkeld kunnen worden. Hiervoor kan de vragenlijst die gebruikt werd in Studie 1 verder uitgebouwd en gevalideerd worden. Bovendien hoeft men zich niet te beperken tot deze sector alleen. Gezien ABFT qua programma in alle ambulante settings past kunnen meerdere sectoren geadresseerd worden die mogelijk geïnteresseerd zijn. Men kan beginnen bij de introductie van het programma in de gehele tweede lijn van de zorgsector omwille van de hogere specialisatiegraad, waarna ook de eerste lijnszorg kan volgen.

Voorts dient ook het effectonderzoek uitgebreid te worden. Er is meer grootschalig onderzoek nodig in deze en andere sectoren. Om resultaten te bekomen die meer representativiteit waarborgen moet ABFT bij grotere steekproeven met meer variabiliteit met betrekking tot leeftijd en achtergrond zowel aan de hand van effectiviteit- als werkzaamheidstudies getoetst worden. Verder is het, gegeven de grote impact van depressie, aangewezen om ook de invloed van ABFT op de impact en Quality of Life te verifiëren.

vervolgens lijkt een componentanalyse aangewezen. Diamond et al. (2002) en Bosmans (In Press) stelden dat ABFT meer werkzaam is omwille van de aanwezige hechtingscomponent. Het uitvoeren van een componentanalyse kan uitsluitel bieden over die stelling. Voorts dient er bij volgende studies meer aandacht besteed worden aan adequate assessment. Voor de behandeling dient aan de hand van meerdere metingen een goede baseline van de klachten van de cliënt uitgezet worden en tijdens de therapie zelf moet op vast gestelde tijdstippen ruimte gemaakt worden voor metingen met betrekking tot de klachten van de patiënt om de precieze veranderingen in het klachtenpatroon van de cliënt na te gaan en te associëren met de verschillende fasen van de therapie. Een follow-up is noodzakelijk om effecten op lange termijn, zoals een sleeper-effect, vast te stellen. Tot slot zou het precieze effect van ABFT op hechtingspatronen onderzocht moeten worden. Zo moet er nagegaan worden of de stijgende tendens op de angstschaal, die bij deze cliënt gevonden werd na afloop van de therapie, uitzonderlijk is. Bovendien dient het effect op comorbide klachten geverifieerd worden. Tot slot kunnen beide onderzoeklijnen meer samengevoegd worden. Gelijktijdig met werkzaamheid- en effectiviteitonderzoeken bestaat de mogelijkheid om de tevredenheid, de attitudes en het geloof van de therapeuten en de omkaderende setting na te gaan.

### *Algemeen Besluit*

Gegeven de vaak voorkomende problematiek van depressie bij adolescenten (Bayingana et al., 2004) en de vaak slechts matige effectgroottes van de huidige interventies om die klachten aan te pakken (Weisz et al., 2006), is er nood aan ontwikkeling, onderzoek en implementering van effectievere en kortdurende behandelingen (Vlaams Parlement, 2011). Deze masterproef stelt dat ABFT een interventiehandleiding is die aan die noden tegemoet komt. Deze behandelvorm tracht namelijk depressie te behandelen door middel van de verbetering van de hechtingsrelatie van de adolescent met één van de ouders (Diamond et al., 2002; Diamond et al., 2004). De toegevoegde waarde van deze interventie schuilt in de hechtingscomponent. Die component wordt namelijk aangeduid als één van de belangrijkste risico- en in stand houdende factor van depressie (Armsden et al., 1990, Essau, 2004; Sroufe et al., 2005; Warren et al., 1997). Hechtingskwaliteit zou optreden als moderator van de associatie tussen stress en depressie (Besser & Priel, 2003). Aldus tracht ABFT door middel van het verbeteren van de hechtingskwaliteit depressie te verminderen (Diamond et al., 2002; Diamond, 2004). Voor een eerste introductie van dit programma in Vlaanderen werd de thuisbegeleidingsdienst van de BJZ geselecteerd, dit omwille van de werking en de doelstellingen van die dienst.

Een eerste studie bevroeg de attitudes van de medewerkers van de thuisbegeleidingsdienst tegen over interventiehandleidingen en ABFT, en toetste de mogelijkheid om die attitudes te beïnvloeden. Zodoende werd gepoogd een beeld te vormen van het draagvlak voor ABFT binnen die dienst. Er werd besloten dat de begeleiders van de dienst open staan voor ABFT en dat de attitudes zowel door de studiedag als door de tweedaagse training beïnvloed werden. De tweede studie toetste de werkzaamheid van het ABFT-programma bij een, binnen de thuisbegeleidingsdienst aangemelde, depressieve adolescent. Na afloop van de therapie werd er een afname van de ernst van de depressie, de suicidaliteit en de vermijdende hechting vastgesteld, daarentegen bleek de angstige hechting te stijgen. Deze studie gaf aan dat ABFT wel degelijk werkzaam kan zijn om depressie aan te pakken, maar de precieze invloed van deze behandeling op hechting dient nog geverifieerd te worden. Niettegenstaande de aangehaalde minpunten geven de twee uitgevoerde studies een vermoeden met betrekking tot de implementeerbaarheid en de werkzaamheid van dit programma. De bevindingen geven een aanzet tot verder en meer diepgravend onderzoek met dat meer generaliseerbaar is en een hogere power heeft.

Centraal in deze masterproef staat de Attachment-Based Family Therapy. Er kan gesteld worden dat ABFT de meeste van de risicofactoren voor hechting, die vermeld zijn in de inleiding tracht aan te pakken en dit direct, dan wel indirect. Bovendien lijkt ABFT goed te rijmen met de aanpak van de thuisbegeleidingsdienst van de Bijzondere Jeugdzorg. Beiden trachten namelijk familiale risicofactoren aan te pakken ten einde uitdagingen gezamenlijk aan te pakken. Doorheen de aanpak van één van de voornaamste kwetsbaarheid, dit is onveilige hechting, wordt gesteld dat men beter het hoofd zal kunnen bieden aan toekomstige stressoren. Tot slot werd in de inleiding reeds ingegaan op de impact die depressie heeft op het individu, de omgeving en de samenleving. Ook hier tracht ABFT iets aan te doen door middel van de promoting-task, die het aanmoedigen van de autonomie centraal stelt om zo de adolescent te helpen om zijn leven op te nemen zodat de impact verminderd wordt en ook herhal vermindert (zie ook Bijlage 2).

## Referenties

- Abela, J. R., & Sullivan, C. (2003). A Test of Beck's Cognitive Diathesis-Stress Theory of Depression in Early Adolescents. *The Journal of Early Adolescence*, 23 , 384-404.

- Abela, J. R., Hankin, B. L., Haigh, E. A., Adams, P., Vinokuroff, T., & Trayhern, L. (2005). Interpersonal Vulnerability to Depression in High-risk Children: The Role of Insecure Attachment and Reassurance Seeking. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *34*, 182–192.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., & McConaughy, S. H. (1992). Taxonomy of internalizing disorders of childhood and adolescence. In W. M. Reynolds (Ed.), *Internalizing disorders in children and adolescents* (pp. 19–60). New York: Wiley.
- Achenbach, T.M., Becker, A., Döpfner, M., Heiervang, E., Roessner, V., Steinhausen, H., & Rothenberger, A., (2008). Multicultural Assessment of Child and Adolescent Psychopathology with ASEBA and SDQ Instruments: Research Findings, Applications, and Future Directions. *Child Psychology and Psychiatry*. *49*, 251-275.
- Ackerson, J., Scogin, F., McKendree-Smith, N., & Lyman, R. D. (1988). Cognitive Bibliotherapy for Mild and Moderate Adolescent Depressive Symptomatology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*, 685-690.
- Addis, M. E. & Krasnow, A. D., (2000). A National Survey of Practicing Psychologists' Attitudes Toward Psychotherapy Treatment Manuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 331-339.
- Aikins, J. W., Howes C., & Hamilton C. (2009). Attachment Stability and the Emergence of Unresolved Representations during Adolescence. *Attachment & Human Development*, *11*, 491-512.
- Ainsworth, M. D., & Bell, S. M. (1970). Attachment, exploration, and separation: illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, *41*, 49-67.
- Ainsworth, M. B. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. New York: Hillsdale, Erlbaum.
- Ainsworth, M. D. (1979). Infant-Mother Attachment. *The American Psychologist*, *34*, 932-937.
- Ainsworth, M. (1989). Attachment Beyond Infancy. *The American Psychologist*, *44*, 709-716.
- Ainsworth, M. S., & Bowlby, J. (1991). An Ethological Approach to Personality Development. *American Psychologist*, *46*, 333-341.
- Allen, J. P., Hauser, S. T., Bell, K. L., & O'Connor, T. G. (1994). Longitudinal Assessment of Autonomy and Relatedness in Adolescent-Family Interactions as Predictors of Adolescent Ego Development and Self-Esteem. *Child Development*, *65*, 179-194.
- Allen, J. P., & Land, D. (1999). Attachment in adolescence. In J. Cassidy, & P. R. Shaver, *Handbook of Attachment* (pp. 319-335). New York: The Guilford Press.

- Allen, J. P. & Miga, E. M. (2010). Attachment in Adolescence: A Move to the Level of Emotion Regulation. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27 , 181-190.
- American Psychiatric Association. (2001). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM IV-TR*. Amsterdam: Harcourt Assessment BV.
- Andersson, P., & Eisemann, P., (2004). Parental Rearing and Substance Abuse Related Disorders - A Multi-Factorial Controlles Study in a Swedish Sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11 , 392-400.
- Andrews, G., Brugha, T., Thase, M. E., Duffy, F. F., Rucci, P., & Slade, T. (2007). Dimensionality and the Category of Major Depressive Episode. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16 , 41-51.
- Angold, A., Costello, E. J., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40 , 57-87.
- Armsden, G. C., McCauley, E., Greenberg, M. T., Burke, P. M., & Mitchell, J. R. (1990). Parent and Peer Attachment in Early Adolescent Depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18 ,683-697.
- Austin, A. A., & Chorpita, B. F. (2003). Temperament, anxiety, and depression: Comparisons across five ethnic groups of children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* , 33 , 216–226.
- Bakermans-Kranenburg, M., Van IJzendoorn, M. and Juffer, F. (2003) Less is More: Meta-analyses of Sensitivity and Attachment Interventions in Early Childhood. *Psychological Bulletin*, 129 , 195–215.
- Bar-Haim, Y., Dan, O., Eshel, Y., & Sagi-Schwartz, A., (2007). Predicting Children's Anxiety from Early Attachment Relationships. *Journal of Anxiety Disorders*, 21 , 1061-1068.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61 , 226-244.
- Baumrind, D. (1996). The Discipline Controversy Revisited. *Family Relations*, 45 , 405-414.
- Baune, B. T., Adrian, I., & Jacobi, F. (2007). Medical disorders affect health outcome and general functioning depending on comorbid major depression in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 62 , 109-118.
- Bayingana, K., Demarest, S., Gisle, L., Hesse, E., Miermans, P.-J., Tafforeau, J., & Van der Heyden, J. (2004). *Gezondheidsenquête*. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.
- Beck, A. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. In P. Clayton, & J. Barrett, *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* (pp. 265-290). New York: Raven Press.

- Beck, A. T. (1967). *Depression: clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Beck, A. T. (1964). Thinking and Depression:2. Theory and Therapy. *Archives of General Psychiatry, 10* , 561-571.
- Bernstein, G. A., Warren, S. L., Massie, E. D., & Thuras, P. D.(1999). Family Dimensions in Anxious-depressed Schoolrefusers. *Journal of Anxiety Disorders, 13*, 513–528.
- Bertelsen, A. (1999). Reflections on the clinical utility of the ICD-10 and DSM-IV classifications and their diagnostic criteria. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 33* , 166–173. doi:pdf/10.1046/j.1440-1614.1999.00525.x
- Besser, A. & Priel, B. (2003). A Multisource Approach to Self-critical Vulnerability to Depression: The Moderating Role of Attachment. *Journal of Personality, 71* , 515- 556.
- Beyers, W., Goossens, L., Vansant, I., & Moors, E. (2003). A Structural Model of Autonomy in Middle and Late Adolescence: Connectedness, Separation, Detachment, and Agency. *Journal of Youth and Adolescence, 32*, 351-365.
- Birmaher, B., Brent, D. A., Kolko, D., Baugher, M., Bridge, J., Holder, D., ... , Ulloa, R. E. (2000). Clinical Outcome after Short-term Psychotherapy for Adolescents with Major Depressive Disorder. *Archives of General Psychiatry, 57*, 29–36.
- Bjelland, I., Stein, A. L., Alv, A. D., Mykletun, A., Stordal, E., & Kraemer, H. C. (2009). A Dimensional versus a Categorical Approach to Diagnosis: Anxiety and Depression in the HUNT 2 Study. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 18* , 128-137.
- Bohman, H., Jonsson, U., Päären, A., Von Knorring, A.-L., Olsson, G., & Von Knorring, L. (2010). Long-term Follow-up of Adolescent Depression. A Population-based Study. *Uppsala Journal of Medical Sciences, 115* , 21-29.
- Bosmans, G. (In Press). Running Head: Gehechtheid en Depressie bij Kinderen. *Niet-gepubliceerd Manuscript*, Universiteit Gent.
- Bosmans, G., & Braet, C. (2010). Het interne werkmodel en verbanden met de cognitieve schematheorie. *Klinische Psychologie, 1* , 38-49.
- Bosmans, G., De Raedt, R., & Braet, C. (2007). The Invisible Bonds: Does the Secure Base Script of Attachment Influence Children's Attention Toward their Mother? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 36* , 557-567.
- Boszormeny-Nagy, I. & Sparks, G. M. (1984). *Invisivle loyalties*. New York: Brunner/Mazel.
- Bottonari, K. A., Roberts, J. E., Kelly, M. A. R., Kashdan, T. B., & Ciesla J. A. (2007). A Prospective Investigation of the Impact of Attachment Style on Stress Generation among Clinically Depressed Individuals. *Behaviour Research and Therapy, 45* , 179-188.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.



- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation, anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J., (1982)., Attachment and Loss: Retrospect and Prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52, 664-678.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson, & W. S. Rholes, *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York: Guilford Press.
- Brenning, K., Soenens, B., Braet, C., & Bosmans, G., (In Press). Attachment and Depressive Symptoms in Middle Childhood and Early Adolescence: Testing the Validity of the Emotion Regulation Model of Attachment. *Niet-gepubliceerd Manuscript*, Universiteit Gent.
- 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.
- Bull, H. D., Scheithauer, H., Groen, G., & Petermann, F. (2005). The Impact of Life Events and Chronic Stressors on the Development of Depressive Disorders, Anxiety Disorders and Conduct Disorders in Adolescence: Results of a Longitudinal Study. *Zeitschrift fur Klinische Psychologie Psychiatrie und Psychotherapie*, 53 , 143-170.
- Burns, D. D. (1980). *Feeling good*. New York: Avon Books.
- Buyse, A., & Dewitte, M. (2004). Nederlandse vertaling van de Experiences in Close Relationships Scale-revised. *Niet-gepubliceerd manuscript*, Universiteit Gent.
- Byrne, D. G., Davenport, S. C., & Mazanov, J. (2007). Profiles of Adolescent Stress: The Development of the Adolescent Stress Questionnaire (ASQ). *Journal of Adolescence*, 30 , 393-416.
- Calcar, A. L., Christensen, H., Mackinnon, A., Griffiths, K. M., & O'Kearney, R. (2009). The YouthMood Project: A Cluster Randomized Controlled Trial of an Online Cognitive Behavioral Program with Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77 , 1021-1032.
- Carr, A. (2009). The Effectiveness of Family Therapy and Systemic Interventions for Child-Focused Problems. *Journal of Family Therapy*, 31 , 3-45.
- Cassidy, J., & Berlin, L. J. (1994). The Insecure/ambivalent Pattern of Attachment: Theory and Research. *Child Development*, 65, 971-991.

- Cassidy, J., & Kobak, R. R. (1988). Avoidance and its relationships with other defensive processes. In J. Belsky, & T. Nezworski, *Clinical implications of attachment* (pp. 300-323). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Chu, B. C., Colognori, D., Weissman, A. S., & Bannon, K. (2009). An Initial Description and Pilot of Group Behavioral Activation Therapy for Anxious and Depressed Youth. *Cognitive and Behavioral Practice, 16* , 408-419.
- Chung, L., Pan, A., & Hsiung, P., Quality of Life for Patients with Major Depression in Taiwan: A Model-Based Study of Predictive Factors. *Psychiatry Research, 168* , 153-162.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (Eds.). (1994). Rochester Symposium on Developmental Psychopathology: *Vol. 5. Disorders and dysfunctions of the self*. Rochester, New York: Basic Books. NY: University of Rochester Press.
- Cicchetti, D., Toth., S., & Lynch, M. (1995). Bowlby's Dream Becomes Full Circle: The Application of Attachment Theory to Risk and Psychopathology. *Advances in Clinical Child Psychology, 17* , 1-75.
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: Wiley.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite Model of Anxiety and Depression: Psychometric Evidence and Taxonomic Implications. *Journal of Abnormal Psychology, 100* , 316–336.
- Clark, L. A., Watson, D., & Mineka, S. (1994). Temperament, Personality, and the Mood and Anxiety Disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 103* , 103-116.
- Clarke, G. N., Lewinsohn, P., & Hops, H. (1990). *Adolescent Coping with Depression Course [PDF Document]*. Retrieved juli 4, 2011, from <http://www.kpchr.org/research/public/common/getdocpublic.aspx?docid=53468A11-CDDF-4E20-A98F-9EEA4DE94C39>.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analyses for the behavioral sciences* (2<sup>nd</sup> ed.). Hillsdale, NY: Erlbaum.
- Cuffe, S. P., McKeown, R. E., Addy, C. L., & Garrison, C. Z.(2005). Family and psychosocial risk factors in a longitudinal epidemiological study of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44* , 121–129.
- Dahl, R. E., & Gunnar, M. R. (2009). Heightened stress responsiveness and emotional reactivity during pubertal maturation: Implications for psychopathology. *Development and Psychopathology, 21* , 1-6.
- Demyttenaere, K. (2006). Quality of Life in Depression and Anxiety: does it matter? *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 10* , 27-30.

- Diamond, G. S., Reis, B. F., Diamond, G. M., Siqueland, L., & Isaacs, L. (2002). Attachment-Based Family Therapy for Depressed Adolescents: A Treatment Development Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41 , 1190-1196.
- Diamond, G., Siqueland, L., & Diamond, G. M. (2003). Attachment-Based Family Therapy for Depressed Adolescents: Programmatic Treatment Development. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6 , 108-127.
- Diamond, G., (2004)., Attachment-Based Family Therapy for Depresses and Anxious Adolescents. *Niet-gepubliceerd manuscript*, Center for Family Intervention Science at the Children's Hospital of Philadelphia
- Diamond, G. & Levy, S. (2009). *Attachment based family therapy for depressed and suicidal adolescents [PowerPoint slides]*. Presentatie ABFT Gent, 2009.
- Diamond, G., Levy, S., Bevans, K. B., Fein, J. A., Wintersteen, M. B., Tien, A., & Creed, T. (2010). Development, Validation, and Utility of Internet-Based, Behavioral Health Screen for Adolescents. *Pediatrics* , 162-170.
- Diamond, G. S., Wintersteen, M. B., Brown, G. K., Diamond, G. M., Gallop, R., Shelef, K., & Levy, S. (2010). Attachment-Basde Family Therapy for Adolescents with Suicidal Ideation: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49 , 122-131.
- Donenberg, G., & Baker, B. L. (1993). The impact of, young children with externalizing behaviors on their families. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 179–198.
- Dowell, K. A., & Ogles, B. M. (2010). The Effects of Parent Participation on Child Psychotherapy Outcome: A Meta-Analytic Review. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39 , 151-162.
- Dozois, D. J. A., Bieling, P. J., Patelis-Siotis, I., Hoar, L., Chudzik S., McCabe, K., & Westra, H. A., (2009). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77 , 1078-1088.
- Dunn, B. D., Stefanovitch, I., Evans, D., Oliver, C., Hawkins, A., & Dalgleish, T. (2010). Can you feel the Beat? Interoceptive Awareness is an Interactive Function of Anxiety- and Depression-Specific Symptom Dimensions. *Behaviour Research and Therapy*, 48 , 1133-1138.
- Dykas, M. J., & Cassidy, J. (2011). Attachment and the Processing of Social Information Across the Life Span: Theory and Evidence. *Psychological Bulletin*, 137, 1 , 19-46.
- Eberhart, N. K., Auerbach, R. P., Joseph, B.-P., & Abela, R. Z. (2011). Maladaptive Schema's and Depression: Tests of Stress Generation and Diathesis-Stress Models. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30 , 75-104.

- Eley, T. C., & Stevenson, J. (2000). Specific Life Events and Chronic Experiences Differentially associated with Depression and Anxiety in Young Twins. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28 , 383-394.
- Essau, C. A. (2004). The Association between Family Factors and Depressive Disorders in Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 33, 365-372.
- Fairchild, J. A., & Finney, S. J. (2006). Investigating Validity Evidence for the Experiences in Close Relationships-Revised Questionnaire. *Educational and Psychological Measurement*, 66 , 116-135.
- Feeney, J. A., & Noller, P. (1990). Attachment Style as a Predictor of Adult Romantic Relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 , 281-291.
- Ferdinand, R. F. (2008). Validity of the CBCL/YSR DSM-IV Scales Anxiety Problems and Affective Problems. *Journal of Anxiety Problems*, 22 , 126-134.
- Fox, J. K., Halpern, L. F., & Forsyth, J. P. (2008). Mental Health Checkups for Children and Adolescents: A Means to Identify, Prevent, and Minimize Suffering Associated With Anxiety and Mood Disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15 , 182-211.
- Fraley, C. R., Waller, N. G., & Brennan, K. A. (2000). An Item Response Theory Analysis of Self-Report Measures of Adult Attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78 , 350-365.
- Fraley, R. C., & Spieker, S. J. (2003). What Are the Differences Between Dimensional and Categorical Models of Individual Differences in Attachment? Reply to Cassidy (2003), Cummings (2003), Sroufe (2003), and Waters and Beauchaine (2003). *Developmental Psychology*, 39 , 423-429.
- Garber, J., Braafladt, N., & Weiss, B. (1995). Affect regulation in depressed and nondepressed children and young adolescents. *Development and Psychopathology*, 7 , 93-115.
- Garber, J., Keiley, M. K. & Martin, N. C., (2002). Developmental Trajectories of Adolescents' Depressive Symptoms: Predictors of Change. *Consulting and Clinical Psychology*, 70 , 79-95.
- Gaylord-Harden, N. K., Taylor, J. J., Campbell, C. L., Kesselring, C. M., Grant, K. E., (2009). Maternal Attachment and Depressive Symptoms in Urban Adolescents: The Influence of Coping Strategies and Gender. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38 , 684-695.
- Gaylord-Harden, N. K., Cunningham, J. A. & Zelencik, B. (2011). Effects of Exposure to Community Violence on Internalizing Symptoms: Does Desensitization to Violence Occur in African American Youth? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39, 711-719.

- Ge, X., Conger, R. D. & Elder G. H. J., (2001). Pubertal Transition, Stressful Life Events, and the Emergence of Gender Differences in Adolescent Depressive Symptoms. *Developmental Psychology*, 37 , 404-417.
- Ge, X., Lorenz, F. O., Conger, R. D., Elder G. H., (1994). Trajectories of Stressful Life Events and Depressive Symptoms during Adolescence. *Developmental Psychology*, 30 , 232-45 .
- Gheyara, S., Klump, K. L., McGue, M., Iacono, W. G., & Burt, S. A. (2011). The Death's of Close Friends and Family Moderate Genetic Influences on Symptoms of Major Depressive Disorder in Adolescents. *Psychological Medicine*, 41 , 721-729.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Goldberg, D. (2006). The aetiology of Depression. *Psychological Medicine*, 36 , 1341-1347.
- Goldsmith, D. F. (2010). The Emotional Dance of Attachment. *Clinical social work journal*, 38 , 4-7.
- Gothelf, D., Aharonovsky, O., Horesh, N., Carty, T., & Apter, A. (2004). Life Events and Personality Factors in Children with Obsessive-Compulsive Disorder and other Anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 192–198.
- Gottman, J. M., Katz, L. F., & Hooven, C., (2006). Parental Meta-Emotion Philosophy and the Emotional Life of Families: Theoretical Models and Preliminary Data. *Journal of Family Psychology*, 10 , 243-268.
- Grant, E. K., Compas, B. E., Stuhlmacher, A. F., Thurm, A. E., McMahon, S. D., & Halpert, J. A., (2003). Stressors and Child and Adolescent Psychopathology: Moving From Markers to Mechanisms of Risk. *Psychological Bulletin*, 129 , 447-466.
- Greenberg, L. S. & Johnson, S. M. (1988). *Emotionally focused couples therapy*. New York: Guilford.
- Grietens, H., (2008). Assessment van psychopathologie: categorisch of dimensioneel. In P. Prins, & C. Braet, *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie* (pp. 255-276). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hammen, C., (1991). The Generation of Stress in the Course of Unipolar Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 , 555-561.
- Hammen, C., & Rudolph, K. D. (2003). Childhood mood disorders. In Mash, E. J. & Barkley, R. A., *Child psychopathology (2e ed.)*, (pp. 233-278). New York: Guilford Press.
- Hammen, C. (2006). Stress Generation in Depression: Reflections on Origins, Research, and Future Direction. *Journal of Clinical Psychology*, 62(9) , 1065-1082.
- Hammen, C., & Watkins, E., (2008). *Depression second edition*. East Sussex: Psychology Press.

- Hankin, B., L., (2008). Cognitive Vulnerability-Stress Model of Depression During Adolescence: Investigating Depressive Symptom Specificity in a Multi-Wave Prospective Study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 999-1014.
- Hinde, R. (1988). Continuities and discontinuities. In M. Rutter, *Studies of psychological risk: The power of longitudinal data* (pp. 367-384). Cambridge: University Press.
- Hinshaw, S. P., & Cicchetti, D. (2000). Stigma and mental disorder: Conceptions of illness, public attitudes, personal disclosure, and social policy. *Development and Psychopathology*, 12 , 555-598.
- Holmes, J. (2001). *The search for the secure base*. East Sussex: Brunner-Routledge.
- Hublet, A., Vereecken, C., & Maes, L. (2006). *Jongeren en gezondheid*. Gent: Universiteit Gent, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen.
- Ivarsson, T., Granqvist, P., Gillberg, C. & Broberg, A. G., (2010). Attachment States of Mind in Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder and/or Depressive Disorders: a Controlled Study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19 , 845-853.
- Iwaniec, D. & Sneddon, H. (2001). Attachment Style in Adults who Failed to Thrive as Children: Outcomes of a 20 year Follow-up study of Factors Influencing Maintenance or Change in Attachment Style. *British Journal of Social Work*; 31 , 179-195.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical Significance: A Statistical Approach to Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 , 12-19.
- Jacobvitz, D., Hazen, N., Curran, M., & Hitchens, K. (2004). Observations of early triadic family interactions: Boundary disturbances in the family predict symptoms of depression, anxiety, and attention-deficit/hyperactivity disorder in middlechildhood. *Development and Psychopathology*, 16, 577-592.
- Johnson, S. C., Dweck, C. S., & Chen, F. S. (2007). Evidence for Infants' Internal Working Models of Attachment. *Psychological Science*, 18 , 501-502.
- Kendall, P. C. (1991). *Child and adolescent therapy; Cognitive-behavioral procedures*. New York: Guilford Press.
- Keskin, G., & Çam, O. (2010). Adolescents' Strengths and Difficulties: Approach to Attachment Styles. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17 , 433-441.
- Klein, J. B., Jacobs, R. H., & Reinecke, M. A. (2007). Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Depression: A Meta-Analytic Investigation of Changes in Effect-Size Estimates. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46 , 1403-1413.
- Kobak, R., & Sceery, A. (1988). Attachment in Late Adolescence: Working Models, Affect, Regulation, and Representations of Self and Others . *Child Development*, 59 , 135-146.

- Kobak, R., Sudler, N., & Gamble, W. (1991). Attachment and Depressive Symptoms during Adolescence: A Developmental Pathways Analysis. *Development and Psychopathology*, 3, 461-474.
- Kovacs, M. (1992). *Children's depression inventory*. New York: Multi-Health Systems.
- Kuehner, C., & Huffziger, S. (2009). Subjective Quality of Life Aspects predict Depressive Symptomes over Time: Results from a Three-wave Longitudinal Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120, 496-499.
- Kuroda, Y., & Sakurai, S. (2011). Social Goal Orientations, Interpersonal Stress and Depressive Symptoms Among Early Adolescents in Japan: A Test of the Diathesis-Stress Model Using the TRichotomous Framework of Social Goal Orientations. *Journal of Early Adolescence*, 31, 300-322.
- Lamberg, T., Virtanen, P., Vahtera, J., Luukkaala, T., & Koskenvuo, M. (2010). Unemployment, Depressiveness and Disability Retirement: a Follow-up Study of the Finnish HeSSup Population Sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 259 - 264.
- Landman-Peeters, K. M. C., Hartman, C. A., van der Pompe, G., den Boer, J. A., Minderaa, R. B., & Ormel, J. (2005). Gender Differences in the Relation between Social Support, Problems in Parent-offspring Communication, and Depression and Anxiety. *Social Science and Medicine*, 60, 2549–2559.
- Lapsley, D. K., Edger, J., (2002). Separation-Individuation, Adult Attachment Style, and College Adjustment. *Journal of Counselling & Development*, 80, 484-492.
- Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N., Hops, H., & Andrews, J., (1990). Cognitive-behavioral Group treatment of Depression in Adolescents. *Behavior Therapy*, 21, 385-401.
- Lieberman, A. F., & Van Horn, P. (2008). *Psychotherapy with infants and young children: Repairing the effects of stress and trauma on early attachment*. New York: Guilford Press.
- Liddle, H. A., (1999). Theory Development in a Family-Based Therapy for Adolescent Drug Abuse. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28, 521-532.
- Liu, R. T., & Alloy L. B., (2010). Stress Generation in Depression: A Systematic Review of the Empirical Literature and Recommendations for Future Study. *Clinical Psychological Review*, 30, 582-593.
- Lopez, A. D., Mathers, C. D., Majid, E., Jamison, D. T., & Murray, C. J. (2006). Measuring the global burden of disease and risk factors, 1990-2001. In *Global buren of disease and risk factors*, ed. (pp. 1-13). New York: Oxford University Press. doi: 10.1596/978-0-8213-6262-4.
- Lumley, M. N., & Harkness, K. L. (2007). Specificity in the Relations among Childhood Adversity, Early Maladaptive Schemas, and Symptom Profiles in Adolescent Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 639-657.

- Main, M., Hesse, E., & Kaplan, N. (2005). Predictability of attachment behavior and representational processes at 1, 6 and 19 years of age: The Berkeley longitudinal study. In K. E. Grossman, K. Grossman, E. Waters, *Attachment from infancy to adulthood: the major longitudinal studies* (pp. 245-304). New York: Guilford Press.
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T. B. Brazelton, & M. W. Yogman, *Affective development in infancy* (pp. 95-124). Westport: Ablex Publishing.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In D. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings, *Attachment in the preschool years* (pp. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.
- Maughan, B., & Taylor, A. (2001). Adolescent psychological problems, partnership transitions and adult mental health: an investigation of selection effects. *psychological medicine*, 31 , 291-305.
- May, J. C. (2005). Family Attachment Narrative Therapy: Healing the Experience of early Childhood Maltreatment. *journal of Marital and Family Therapy*, 31 , 221-237.
- McCarty, C. A., & Weisz, J. R. (2007). Effects of Psychotherapy for Depression in Children and Adolescents: What We Can (and Can't) Learn from Meta-Analysis and Component Profiling. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46 , 879-886.
- McGinn, L. K., Cukor, D., & Sanderson, W. C. (2005). The Relationship between Parenting Style, Cognitive Style, and Anxiety and Depression: Does Increased Early Adversity influence Symptom Severity through the Mediating Role of Cognitive Style? *Cognitive Therapy and Resaerch*, 29 , 219-242.
- Mehler-Wex, C., & Kölch, M. (2008). Depression in Children and Adolescents. *Deutsches Ärzteblatt International* , 144-55.
- Meltzer-Brody, S., & Davidson, J. R. (2000). Completeness of response and quality of life in mood and anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 12, 95-101.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003). Attachment Theory and Affect Regulation: The Dynamics, Development, and Cognitive Consequences of Attachment-Related Strategies. *Motivation and Emotion*, 27 , 77-102.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., Sapir-Lavid, Y., & Avihou-Kanza, N. (2009). What's Inside the Minds of Securely and Insecurely Attached People? The Severe-Base Script and Its Associations With Attachment-Style Dimensions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97 , 615-633.
- Minuchin, S. (1974), *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.



- Moses, T. (2010). Being treated Differently: Stigma Experiences with Family, Peers, and School Staff among Adolescents with Mental Health Disorders. *Social Science & Medicine*, 70, 985-993.
- Mufson, I., Weissman, M. M., Moreau, D., & Garfinkel, R. (1999). Efficacy of Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 61, 577-584.
- Murray, L., & Cooper, P. J. (2003). Intergenerational transmission of affective and cognitive processes associated with depression: Infancy and the pre-school years. In I. M. Goodyer, *Unipolar depression: A life-span perspective* (pp. 17-46). Oxford: Oxford University Press.
- Murthy, R. S., Bertolote, J. M., Epping-Jordan, J., Funk, M., Prentice, T., Saraceno, B., et al. (2001). *The World Health Report*. Geneva: World Health Organization.
- Nederlands Jeugd Instituut (2010). *Child Behavior Checklist (CBCL)*. Opgehaald van <http://www.nji.nl/smartsite.dws?id=111936&recordnr=7&setembed=&vanuit=&toon=uitgebred>.
- Nievar, M. A., & Becker, B. J. (2008). Sensitivity as a Privileged Predictor of Attachment: A Second Perspective on De Wolff and van Ijzendoorn's Meta-analysis. *Social Development*, 17, 102-114.
- Nomura, Y., Wickramaratne, P. J., Warner, V., Mufson, L., & Weissman, M. M. (2002). Family Discord, Parental Depression, and Psychopathology in Offspring: Ten-year Followup. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 402-409
- Ong, S. H., & Caron, A. (2008). Family-based Psychoeducation for Children and Adolescents with Mood Disorders. *Journal of Child and Family Studies*, 17, 809-822.
- Pace, T. M., & Nixon, D. N., (1993). Changes in Depressive Self-Schemata and Depressive Symptoms Following Cognitive Therapy. *Journal of Counselling Psychology*, 40, 288-294.
- Portzky, G., & van Heeringen, K. (2007). Deliberate Self-harm in Adolescents. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 337-342.
- Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K., & Marvin, R. (2007). The circle of security project. In D. Oppenheim, & D. F. Goldsmith, *Attachment theory in clinical work with children* (pp. 172-202). New York: Guilford Press.
- Prisciandaro, J. J., & Roberts, J. E. (2009). A Comparison of the Predictive Abilities of Dimensional and Categorical Models of Unipolar Depression in the National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 39, 1087-1069.
- Restifo, K., & Bögels, S. (2009). Family processes in the development of youth depression: Translating the evidence to treatment. *Clinical Psychological Review*, 29, 294-316.

- Richardson, L. P., Russo, J. E., Lozano, P., McCauley, E., & Wayne, K. (2010). Factors Associated with Detection and Receipt of Treatment for Adolescents with Depression and Anxiety Disorders. *Academic Pediatric Association, 10* , 36-40.
- Ritakallio, M., Koivisto, A.-M., von der Pahlen, B., Pelkonen, M., Marttunen, M., & Kaltiala-Heino, R. (2008). Continuity, Comorbidity and Longitudinal Associations between Depression and Antisocial Behaviour in Middle Adolescence: A 2-year Prospective Follow-up Study. *Journal of Adolescence 31* , 355-370.
- 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 Nonclinical Youths. *Psychological Assessment, 22* , 866-877.
- Rosello, J., & Bernal, G. (1999). The Efficacy of Cognitive-Behavioral and Interpersonal Treatments for Depression in Puerto Rican Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67* , 734-745.
- Rutter, M., & Sroufe, L. A. (2000). Developmental psychopathology: Concepts and challenges. *Development and Psychopathology, 12* , 265-296.
- Rutter, M., Kim-Cohen, J., & Maughan, B. (2006). Continuities and Discontinuities in Psychopathology between Childhood and Adult Life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry 47* , 276-295.
- Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E., & Telch, M. J. (1995). The Schema Questionnaire: Investigation of Psychometric Properties and the Hierarchical Structure of a Measure of Maladaptive Schemas. *Cognitive Therapy and Research, 19* , 295-301.
- Shafer, A. B. (2006). Meta-Analysis of the Factor Structures of Four Depression Questionnaires: Beck, CES-D, Hamilton, and Zung. *Journal of Clinical Psychology, 62* , 123-146.
- 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.
- Sokero, T. P., Melartin, T. K., Rytälää, H. J., Leskelä, U. S., Lestelä-Mielonen, P. S., & Isometsä, E. T. (2005). Prospective Study of Risk Factors for Attempted Suicide among Patients with DSM-IV Major Depressive Disorder. *British Journal of Psychiatry, 186* , 314-318.
- Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E., & Collins, W. A. (2005). The development of the person. *The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. New York: Guilford Press.
- Stancer, H. C., Persad, E., Wagener, D. K., & Jorna, T. (1987). Evidence for Homogeneity of Major Depression and Bipolar Affective Disorder. *Journal of Psychiatric Research, 21* , 37-53

- Stark, K. D., Humphrey, L. L., Crook, K., & Lewis, K. (1990). Perceived Family Environments of Depressed and Anxious Children: Child's and Maternal figure's Perspectives. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18(5), 527-547.
- Stark, K., & Smith, A. (1995). Cognitive and behavioral treatment of childhood depression. In H. van Bilsen, P. Kendall, & J. Slavenburg, *Behavioral approaches for children and adolescents* (pp. 113-143). New York: Plenum Press.
- Studiedienst van de Vlaamse Overheid. (2010). *Zorg in Vlaamse Regionale Indicatoren [PDF Document]* (3.6) . Opgehaald van <http://www4.vlaanderen.be/dar/svr/publicaties/Publicaties/vrind/vrind2010/2010-10-28-vrind2010-volledig-blw.pdf>.
- Takahashi, K. (2005). Toward a Life Span Theory of Close Relationships: The Affective Relationships Model. *Human Development*, 48 , 48-66.
- Taylor, E., & Rutter, M. (2002). Classification: conceptual issues and substantive findings. In M. Rutter & E. Taylor (Eds.), *Child and adolescent psychiatry, 4th edition* (pp. 3-17). Oxford: Blackwell Science Ltd.
- Thompson, R. A. (1999). Early attachment and later development. In J. Cassidy, & P. R. Shaver, *Handbook of attachment* (pp. 265-286). New York: The Guilford Press.
- Timbremont, B., Braet, C., & Roelofs, J. (2008). *Children's depression inventory nederlandstalige bewerking, herziene versie 2008*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information.
- Trowell, J., Joffe, I., Campbell, J., Clemente, C., Almqvist, F., Soininen, M., et al. (2007). Childhood Depression: a Place for Psychotherapy. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16 , 157-167.
- Verhaeghe, P. (2009). *Het einde van de psychotherapie*. Amsterdam: De Bezige Bij.
- Verhulst, F. C., van der Ende, J., & Koot, H. M. (1996). *Handleiding voor de CBCL/4-18*. Rotterdam: Sophia Kinderziekenhuis/Academisch Ziekenhuis Rotterdam/Erasmus Universiteit Rotterdam, Afdeling Kinder-en jeugdpsychiatrie.
- Verona, E., & Javdani, S. (2011). Dimensions of Adolescent Psychopathology and Relationships to suicide Risk Indicators. *Journal of Youth and Adolescence*, 40, 958-971.
- Vervotte, I., (2006). *Globaal Plan Jeugdzorg [PDF Document]*. Opgehaald van [http://www.expoo.be/sites/default/files/globaalplan\\_0.pdf](http://www.expoo.be/sites/default/files/globaalplan_0.pdf).
- Vlaams Parlement (2011, juni 16). *Maatschappelijke beleidsnota Jeugdzorg [PDF Document]*. 1190 (1). Opgehaald van <http://docs.vlaamsparlement.be/docs/stukken/2010-2011/g1190-1.pdf>.
- Vzw Centrum voor Ambulante Begeleiding Gent (2011). *Centrum voor Ambulante Begeleiding Profiel Thuisbegeleiding [PDF Document]*. Opgehaald van <http://www.cabgent.be>.

- Vzw Samenwerkingsinitiatief Eerstelijnsgezondheidszorg Zorgnetwerk Zenneland (2011). *Eerstelijnsgezondheidszorg*. Opgehaald van <http://www.zenneland.be/eerstelijnsgez.html>
- Vzw Steunpunt Jeugdhulp (2011). Doelgroep. Opgehaald van <http://osbj.be/?action=onderdeel&onderdeel=99&titel=Doelgroep+>.
- Wadsworth, M. E., & Compas, B. E. (2002). Coping with Family Conflict and Economic Strain: The Adolescent Perspective. *Journal of Research on Adolescence*, 12 , 243–274.
- Wahl, O. F. & Harman, C. R. (1989) Family Views of Stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 15 , 131-139.
- Warren, S. L., Huston, L., Egeland, B., & Sroufe, L. A. (1997). Child and Adolescent Anxiety Disorders and Early Attachment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36 , 637-644.
- Waters, H. S., & Waters, E. (2006). The Attachment Working Models Concept: Among other Things, We Build Script-like Representations of Secure Base Experiences. *Attachment and Human Development*, 8 , 185-197.
- Watson, D., Clarck, L. A., Weber, K., Assenheimer, J. S., Strauss, M. E., & McCormick, R. (1995). Testing a Tripartite Model: I. Evaluating the Convergent and Discriminant Validity of Anxiety and Depression Symptom Scales. *Journal of Abnormal Psychology*, 104 , 3-14.
- Weisz, J. R., Weiss, B., & Donenberg, G. R. (1992). The Lab Versus the Clinic. *American Psychologist*, 47 , 1578-1585.
- Weisz, J. R., McCarty, C. A., & Valeri, S. M. (2006). Effects of Psychotherapy for Depression in Children and Adolescents: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 132 , 132-149.
- Weisz, J. R., Southam-Gerow, M. A., Gordis, E. B., Connor-Smith, J. K., Chu, B. C., Langer, D. A., ..., Weiss, B. (2009). Cognitive-Behavioral Therapy Versus Usual Clinical Care for Youth Depression: An Initial Test of Transportability to Community Clinics and Clinicians. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77 , 383-396.
- Westen, D., Nakash, O., Thomas, C., & Bradley, R., (2006). Clinical Assessment of Attachment Patterns and Personality Disorder in Adolescents and Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 , 1065-1085.
- World Health Organization. (2010a). *Depression*. Opgehaald van [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/).
- World Health Organization. (2010b). *Gender and Women's Mental Health*. Opgehaald van [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/genderwomen/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/).
- World Health Organization. (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. Geneva: World Health Organization.

- Wilson, T. G. (1998). The Clinical Utility of Randomized Controlled Trials. *International Journal of Eating Disorders*, 24 , 13-29.
- Wood, A., Harrington, R., & Moore, A. (1996). Controlled trial of a Brief Cognitive-Behavioural Intervention in Adolescent Patients with Depressive Disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37 , 737-746.
- Young, J. E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M.E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York, NY: Guilford.

## Bijlagen

### *Bijlage 1: Depressieve episode volgens DSM IV-TR*

#### Depressieve episode

**A.** Vijf (of meer) van de volgende symptomen zijn binnen dezelfde periode van twee weken aanwezig geweest en wijzen op een verandering ten opzichte van het eerdere functioneren; ten minste een van de symptomen is ofwel (1) depressieve stemming, ofwel (2) verlies van interesse of plezier.

(1) Depressieve stemming gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag.

(2) Duidelijke vermindering van interesse of plezier in alle of bijna alle activiteiten gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag.

(3) Duidelijke gewichtsvermindering zonder dat dieet gehouden wordt of gewichtstoename, of bijna elke dag afgenomen of toegenomen eetlust.

(4) Insomnie of hypersomnie, bijna elke dag.

(5) Psychomotorische agitatie of remming, bijna elke dag.

(6) Moeheid of verlies van energie, bijna elke dag.

(7) Gevoelens van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens, bijna elke dag.

(8) Verminderd vermogen tot nadenken of concentratie of besluiteloosheid, bijna elke dag.

(9) Terugkerende gedachten aan de dood, terugkerende suïcidegedachten zonder dat er specifieke plannen gemaakt zijn, of een suïcidepoging of een specifiek plan om suïcide te plegen.

**B.** De symptomen voldoen niet aan de criteria voor een ‘gemengde episode’.

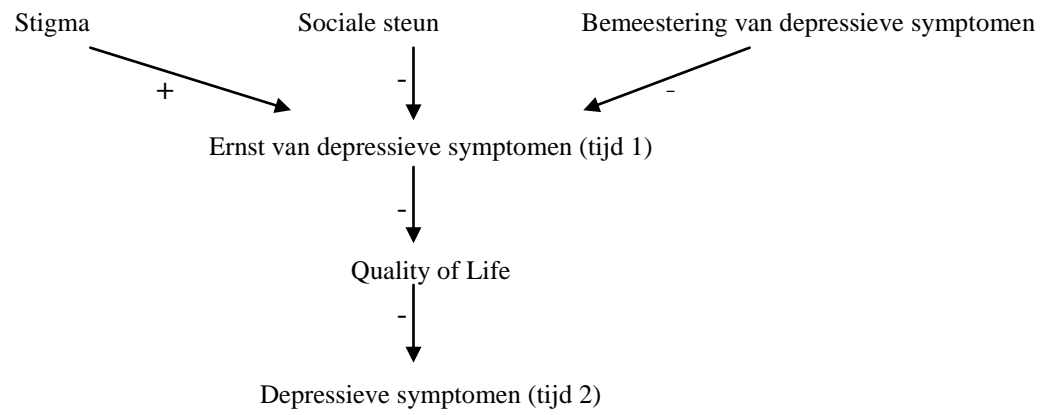
**C.** De symptomen veroorzaken in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.

**D.** De symptomen zijn niet het gevolg van directe fysiologische effecten van een middel of een somatische aandoening.

**E.** De symptomen zijn niet eerder toe te schrijven aan een rouwproces.

(American Psychiatric Association, 2001)

*Bijlage 2: Beïnvloedende factoren van Quality of Life*



(Kuehner & Huffzinger, 2009)

*Bijlage 3: Tevredenheidsvragenlijst – voormeting*

- Welke vooropleiding heeft u gevolgd?
- Hebt u een familie gerichte therapieopleiding gevolgd?  
     Hoe lang duurde deze opleiding? ( \_ weken, \_ maanden, of \_ jaren)  
     Welke benadering (contextueel, structureel, ...)  
     Waar hebt u deze opleiding gevolgd?
- Hoe lang hebt u reeds ervaring?

VRAGEN	Helemaal niet				Helemaal wel
1. Ik geloof dat interventiehandleidingen effectief gebruikt kunnen worden bij mijn gezinnen	1	2	3	4	5
2. Interventiehandleidingen zijn te rigide om gezinnen uit onze dienst te begeleiden	1	2	3	4	5
3. Het volgen van een handleiding beperkt mijn eigen stijl om met families te werken	1	2	3	4	5
4. Door handleidingen te volgen kan ik niet flexibel omgaan met crisissen	1	2	3	4	5
5. Ik ken al genoeg interventie technieken om de meeste families effectief te begeleiden	1	2	3	4	5
6. Zinnvolle verandering in begeleiding kan niet plaats vinden op 16 weken	1	2	3	4	5
7. ABFT is gericht op de relatie tussen de ouder en één adolescent, en daarom is dit geen meerwaarde voor alle andere problemen waar het gezin mee worstelt	1	2	3	4	5
8. Ik geloof dat ABFT past binnen het werk dat ik doe	1	2	3	4	5
9. Ik ben geïnteresseerd om te leren hoe je ABFT moet doen	1	2	3	4	5



*Bijlage 4: Lijst van afkortingen*

ABFT	Attachment-Based Family Therapy
BJZ	Bijzondere JeugdZorg
BHS	Behavioral Health Screen
CDI	Child Depression Inventory
CBT	Cognitive-Behavioral Therapy of cognitieve gedragstherapie
CBCL	Child Behavior Checklist
CT	Cognitieve Therapie
ECR	Experiences in Close Relationships questionnaire
ECR-R	Experiences in Close Relationships-Revised Child scale
EMS	Early Maladaptive Schemas of vroege maladaptieve schema's
ES	Effect-Size of effectgrootte
IPT-A	Interpersoonlijke Therapie voor Adolescenten
IWM	Intern Werkmodel
MOF	als Misdaad Omschreven Feit
POS	Problematische OpvoedingsSituatie
QoL	Quality of Life
RCI	Reliable Change Index
RCT	Randomized Controlled Trial
RMA	Repeated Measures Analyse
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation
SS	Strange Situation procedure of vreemde situatie procedure
TAU	Treatment As Usual of standaardbehandeling