FACULTEIT PSYCHOLOGIE EN PEDAGOGISCHE WETENSCHAPPEN

HET EFFECT VAN PESTEN OP DE MENTALE GEZONDHEID VAN JONGE ADOLESCENTEN:

EMOTIEREGULATIE ALS BUFFER OF RISICOFACTOR

Aantal woorden: 17048

Charlotte Vandermeulen

Studentennummer: 01409980

Promotor: Prof. Dr. Caroline Braet

Begeleider: Laura Wante

Masterproef voorgelegd voor het behalen van de graad master in de richting klinische psychologie
Academiejaar: 2018-2019

Woord Vooraf

Voor aanvang van deze masterproef zou ik graag enkele mensen willen bedanken.

Allereerst zou ik graag mijn begeleidster Laura Wante bedanken voor de vele en constructieve feedback die ik kreeg. Zonder haar was het schrijven van deze masterproef niet mogelijk geweest. Ook zou ik graag mijn promotor Professor Dr. Caroline Braet bedanken voor het nalezen van mijn masterproef en het geven van feedback. Verder wil ik ook graag de deelnemende participanten en scholen bedanken. Ook zonder hen was dit onderzoek niet mogelijk geweest.

Als laatste, maar zeker niet minder belangrijk, zou ik graag mijn ouders Ann en Edwin, mijn zus Elisabeth en mijn vrienden willen bedanken. Dit voor hun steun, verdraagzaamheid en motivatie tijdens het schrijven van deze masterproef. Ik kon steeds bij hen terecht voor een schouderklopje. Bedankt!

Abstract

Binnen deze studie wordt de samenhang tussen pesten en depressieve -en angstsymptomen nagegaan. Verder wordt de link met emotieregulatie (ER) nader bekeken. Zo wordt bekeken of ER samenhangt met depressieve -en angstsymptomen. Vervolgens wordt er gekeken of er sprake is van een toename in depressieve -en angstsymptomen ten gevolge van pesten of ER. Ook wordt er nagegaan of emotieregulatie een invloed heeft op de relatie tussen pesten en depressieve -en angstsymptomen.

Ons onderzoek omvat 208 participanten tussen de 11 en 14 jaar, waarvan 120 meisjes en 88 jongens. Er wordt gebruik gemaakt van een longitudinale onderzoeksopzet waarbij op 3 meetmomenten, over 6 maanden heen, in de klas verschillende zelfrapportagevragenlijsten afgenomen werden. Meer specifiek werden de FEEL-KJ, de CDI, de ZBVK en de KRV afgenomen.

Wanneer we naar de resultaten van onze studie kijken, komt uit de correlatietabel naar voor dat er een significante samenhang is tussen pesten en depressieve -en angstsymptomen alsook tussen ER en depressieve -en angstsymptomen. Uit de hiërarchische regressie analyse komt naar voor dat er een significante afname is in depressieve -en angstsymptomen over 6 maanden heen ten gevolge van het gebruik maken van adaptieve ER-strategieën op meetmoment 1. Verder komt uit de analyses naar voor dat het gebruik maken van adaptieve ER-strategieën een significant modererende rol speelt in enerzijds de relatie tussen direct alsook indirect pesten en depressieve symptomen en anderzijds in de relatie tussen indirect pesten en angstsymptomen. Ook zien we dat adolescenten die laag scoren op adaptieve ER-strategieën, onafhankelijk van het al dan niet slachtoffer zijn van pesten, hoger scoren op depressieve -en angstsymptomen dan adolescenten die hoog scoren op adaptieve ER-strategieën.

Inhoudstafel

Introductie 1
Definitie en conceptualisatie van pesten 1
Emotieregulatie (ER) 6
Algemeen Besluit 13
Onderzoeksvragen en hypothesen 13
Methode 17
Participanten 17
Procedure 17
Meetinstrumenten 18
Analyses 20
Resultaten 21
Preliminaire Analyses 21
Statistische Analyses 23
Discussie 39
Bespreking van de Resultaten 39
Sterktes en Beperkingen en Suggesties voor Toekomstig Onderzoek 48
Conclusie 50
Referenties 52

Introductie

Pesten is een vaak voorkomend fenomeen met een duidelijk effect op het psychisch welzijn alsook het sociaal functioneren van jonge adolescenten (Nansel et al., 2001). Gepest worden op jonge leeftijd gaat hand in hand met psychopathologieën in de latere levensloop (Bender& Lösel, 2011). Door de belangrijke impact van dit fenomeen, is het relevant om na te gaan welke factoren jongeren beschermen of net kwetsbaar maken voor het ontwikkelen van psychopathologie wanneer ze geconfronteerd worden met pestgedrag. In deze masterproef zoomen we specifiek in op de potentieel modererende rol van emotieregulatie (ER) in de relatie tussen gepest worden en het ervaren van symptomen van psychopathologie bij jonge adolescenten.

Definitie en conceptualisatie van pesten

Er bestaan meerdere definities die het concept pesten omschrijven. Een oudere definitie, zoals gebruikt door Heinemann (1973), is deze aan de hand van de Noorweegse term *mobbning*, wat refereert naar het al dan niet plots voorkomen van geweld vanuit een groep, dit naar een afwijkend individu toe (Smith, Cowie, Olafsson & Liefooghe, 2002). Een belangrijke term die in rekening dient gebracht te worden is *macht*, en in het specifieke de onevenwichtige verhouding ervan tussen de pester en het slachtoffer van het pestgedrag. Het gedrag kan niet geclassificeerd worden als pesten indien het gaat over een dispuut of ruzie tussen leeftijdsgenoten in een evenwichtige machtsverhouding. Pesten is een fenomeen waarbij de machtsverhouding systematisch misbruikt wordt (Wolke & Lereya, 2015). Een omvattende en recente definitie van pesten is deze van Landstedt & Persson (2014), waarin pesten omschreven wordt als het fenomeen waarbij een persoon over de tijd heen repetitief geconfronteerd wordt met ongewenste gedragingen die schade aanrichten, dit door één of meerdere personen in zijn of haar omgeving. Ongewenste gedragingen omvatten fysieke acties. maar ook verbaal misbruik en meer subtiele vormen van pesten, zoals het uitsluiten van mensen en het verspreiden van roddels. Ondanks de veelvuldigheid aan definities, is er consensus over drie criteria die steeds naar voor komen, zijnde de aanwezigheid van een

agressieve act, de repetitiviteit ervan en als derde het onevenwicht in macht (Smith et al., 2002). Dit zijn ook de 3 criteria die Olweus vooropstelt, om de tot op heden vaak gebruikte vragenlijst de 'Olweus Bullying Questionnaire' te ontwikkelen (Olweus, 1989).

Verder kunnen er ook verschillende types pestgedrag geïdentificeerd worden. Binnen het traditioneel pestgedrag wordt vooral een onderscheid gemaakt tussen directe en indirecte-of relationele vormen van agressie (Bannink, Broeren, van de Looij–Jansen, de Waart & Raat, 2014). Directe agressie omvat fysieke agressie, zoals het duwen van iemand, alsook verbale agressie, zoals het uitschelden van iemand. Onder indirecte of relationele vormen van pesten vallen meer subtiele vormen van pestgedrag zoals roddelen en het uitsluiten van anderen (Smith et al., 2002). Ook kan er een onderscheid gemaakt worden tussen in real life (IRL) en cyberpesten. IRL-pesten, betreft het pesten zonder het gebruik maken van een elektronisch medium en slaat op alle voorgaand beschreven types. Non-traditioneel pestgedrag, met name cyberpesten, is het fenomeen waarbij het pestgedrag plaatsvindt via een medium dat gebruikt wordt om iemand te bedreigen of kwetsen (Landstedt & Persson, 2014). Vaak gebruikte elektronische mediums zijn SMS, Facebook en YouTube (Sticca & Perren, 2013). Verder dient er hier geen opeenvolging van gedragingen te zijn, eenmalig pestgedrag via een medium is reeds voldoende om aan de definitie van cyberpesten te voldoen (Landstedt & Persson, 2014).

Vervolgens kan er op het niveau van victimisatie ook een onderscheid gemaakt worden. De term victimisatie verwijst naar het slachtoffer zijn van pestgedrag. Zo worden passieve en agressieve slachtoffers van elkaar onderscheiden. De grootste groep slachtoffers van pestgedrag, namelijk de passieve slachtoffers, worden gekarakteriseerd door een meer geremde, passieve, onderdanige en teruggetrokken houding. Agressieve slachtoffers reageren op een meer agressieve manier op pestgedrag. Deze laatste groep ondergaat een meer extreme en aanhoudende vorm van pestgedrag dan niet-agressieve slachtoffers (Toblin, Schwartz, Gorman & Abou-ezzeddine, 2005).

Prevalentie van pesten.

Doorheen onderzoek inzake prevalentiecijfers met betrekking tot pestgedrag stellen we een duidelijke variatie binnen deze resultaten vast. Wanneer we de prevalentiecijfers

nader bekijken, lijkt het nuttig meerdere factoren zoals land, leeftijd, gender alsook type pestgedrag mee in rekening te brengen.

Eerst kijken we naar de universele patronen. We zien dat er patronen te observeren zijn voor zowel gender als leeftijd met betrekking tot het in aanraking komen met pesten. Over landen alsook over de verschillende types pestgedrag heen werd gevonden dat jongens meer kans hebben om in aanraking te komen met pestgedrag, dit zowel voor de dader als slachtofferpositie. Een opmerkelijke bevinding is dat jongens meer geneigd zijn hun pestgedrag te rapporteren, terwijl we bij meisjes zien dat zij juist meer geneigd zijn om victimisatie van pestgedrag te rapporteren. Dit vastgesteld patroon blijkt stabiel over leeftijden heen. In ongeveer de helft van de landen vond men ook dat, hoe ouder adolescenten worden, hoe minder ze in aanraking komen met pestgedrag. Een ander universeel patroon is dat de variatie in prevalentie verklaard kan worden aan de hand van de verschillende types pestgedrag. We bemerken dat, binnen de traditionele vormen van pesten, directe verbale agressie het meest frequent voorkomt, gevolgd door indirect vormen van pestgedrag en vervolgens door directe fysieke agressie (Williams & Guerra, 2007). Non-traditioneel pestgedrag, met name cyberpesten, blijkt beduidend minder voor te komen dan traditioneel pestgedrag, dit zoals bevonden in het onderzoek van Modecki et al. (2014). In deze studie vond men een prevalentie van 35% voor traditioneel pestgedrag, waar voor cyberpesten slechts een prevalentie van 15% gevonden werd. Dit is minder dan de helft van de prevalentie van traditioneel pestgedrag.

Vervolgens gaan we dieper in op de verschillende landen. In de cross-sectionele studie van Craig et al. (2010) zien we dat, over 40 landen heen, 26% van de participanten rapporteert reeds in aanraking gekomen te zijn met pestgedrag. Adolescenten in Baltische landen (i.e., Estland, Letland, Litouwen) rapporteerden hogere percentages van zowel pestgedrag als het slachtoffer zijn van pestgedrag in vergelijking met andere landen. Meer concreet werd gevonden dat 42,8% tot 45,2% van de jongens en 25,6% tot 35,8% van de meisjes in deze landen in aanraking kwam met pesten. De laagste prevalenties van zowel pestgedrag als victimisatie van pestgedrag werden gerapporteerd in Noord- Europese landen zoals Zweden en Noorwegen (Craig et al., 2009). In Zweden rapporteerden 8,6% van de jongens en 4,8% van de meisjes in aanraking gekomen te zijn met pesten. In Noorwegen was dit 15,3% voor jongens en

8,4% voor meisjes. We bemerken een significant verschil over landen heen met betrekking tot rapportages voor zowel pesten alsook het ondergaan van pestgedrag, wat mogelijk te wijten is aan belangrijke culturele en sociale verschillen.

Wanneer we specifiek inzoomen op de prevalentiecijfers in België, vinden we voor Vlaanderen in 2009-2010 voor jongens een prevalentie van 31.2% voor het in aanraking komen met pesten, waar dit voor meisjes 28.2% is (Chester et al., 2015). In Wallonië blijken de prevalenties een stuk hoger te liggen, hier vinden we dat 59.7% van de jongens reeds in aanraking kwam met pesten, voor meisjes vinden we een prevalentie van 42.5% (Chester et al., 2015).

We zagen doorheen deze studies dat vooral Baltische landen rapporteren in aanraking gekomen te zijn met pesten. Noord-Europese landen bleken de laagste prevalenties te rapporteren met betrekking tot het in aanraking komen met pesten. België bevindt zich ongeveer tussenin, met lagere scores voor Vlaanderen dan voor Wallonië. We kunnen aan de hand van deze cijfers concluderen dat het in aanraking komen met pesten universeel alsook in België een vaak voorkomend fenomeen is. Door dit frequent voorkomen alsook de ernst van pesten, is het nuttig om dieper in te gaan op de mogelijke (lange termijn) effecten van pestgedrag op het emotioneel welzijn van adolescenten.

Pesten en psychopathologie.

Victimisatie van pesten bij adolescenten wordt geassocieerd met meerdere psychopathologieën (Kaltiala-Heino, Rimpelä, Rantanen & Rimpelä, 2000). Traditioneel wordt binnen de psychische stoornissen een onderscheid gemaakt tussen internaliserende *'acting in'* en externaliserende *'acting out'* problemen. Onder externaliserende problemen vallen gedysreguleerde gedragingen, zoals agressief en overactief gedrag, terwijl internaliserende problemen geconceptualiseerd worden als verstoringen in gemoedstoestand en emoties, zoals het ervaren van angstige of depressieve symptomen (Kaltiala-Heino et al., 2000). Bij slachtoffers van pesten worden meer internaliserende problemen verwacht, terwijl men bij de pester eerder externaliserende misdragingen verwacht (Kaltiala-Heino et al., 2000). In deze masterproef zullen we specifiek focussen op de link tussen victimisatie en psychopathologie.

Victimisatie van pestgedrag werd reeds geassocieerd met zowel op psychosomatische als psychologische problematieken. Op **psychosomatisch vlak** zien we dat kinderen die frequent slachtoffer zijn van pestgedrag meer kans hebben op bedplassen, slaapmoeilijkheden alsook hoofd -en buikpijn (Kaltiala-Heino, Rimpelä, Marttunen, Rimpelä & Rantanen, 1999). Wanneer we de associatie tussen victimisatie van pesten en **psychologische problematieken** van dichterbij bekijken, zien we een duidelijke samenhang tussen victimisatie van pestgedrag en een verhoogd risico op **depressie, suïcidale ideatie en zelfmoordpogingen** in vergelijking met diegene die nooit met pesterijen in contact zijn gekomen (Klomek, Marrocco, Kleinman, Schonfeld & Gould, 2007). Zelfs het slechts occasioneel in aanraking komen met pestgedrag verhoogt de kans op ernstige suïcidale ideatie en, dit blijkt onafhankelijk van de ontwikkeling van een depressie (Kaltiala-Heino et al., 1999). Opmerkelijk is dat we de associatie tussen gepest worden en suïcide vooral naar voor zien komen bij jongens (Copeland, Wolke, Angold & Costello, 2013). Andere vaak voorkomende pathologieën gerelateerd aan pesten zijn deze die vallen onder de **angststoornissen**. Zo komt uit het onderzoek van Copeland et al. (2013) naar voor dat participanten die rapporteerden slachtoffers van pestgedrag in de kindertijd een verhoogde kans hebben op gegeneraliseerde angststoornissen en paniekstoornissen in de latere levensloop (Copeland et al., 2013). Er werden ook verhoogde scores op agorafobie gerapporteerd, maar dit enkel bij meisjes. Bovendien zien we een verband met de mate van herhaling van het pestgedrag, zo blijkt dat hoe vaker de adolescent met pesten geconfronteerd werd, hoe hoger de kans op voorgaand besproken pathologieën (Klomek et al., 2007). Verder rapporteren slachtoffers van pestgedrag dat ze, reeds voor ze gepest werden, meer symptomen van psychopathologie ervoeren in vergelijking met adolescenten die niet gepest worden. Deze adolescenten rapporteren ook meer familiale moeilijkheden dan adolescenten die niet gepest worden. Een belangrijke bevinding is dat er na controle voor deze twee factoren er een duidelijke associatie aanwezig blijft tussen gepest worden en voorafgaand besproken pathologieën in de adolescentie (Copeland et al., 2013). Ook Fekkes, Pijpers, Fredriks, Vogels en Verloove-Vanhorick (2006) deden een onderzoek naar de relatie tussen pesten en psychopathologieën. Ze voerden een prospectieve cohortstudie uit bij kinderen tussen de 9 en 11 jaar, die onder andere de relatie tussen pesten en depressieve -en angstsymptomen naging. Uit de resultaten komt naar voor dat

slachtoffers van pesten een significant hogere kans hebben op het ontwikkelen van een depressie of een angststoornis.

Het is duidelijk dat het in aanraking komen met pesten samenhangt met het voorkomen van psychopathologie doorheen de levensloop. Ook wordt de adolescentie, als overgangsfase van de kindertijd naar de volwassenheid, gekenmerkt door emotionele instabiliteit alsook variabiliteit met betrekking tot gemoedstoestand (Vink, Derks, Hoogendam, Hillegers & Kahn, 2014). Door deze bevindingen is het relevant om na te gaan of er bepaalde vaardigheden zijn die jongeren kunnen beschermen tegen de ontwikkeling van psychopathologie wanneer ze slachtoffer worden van pestgedrag. In deze masterproef onderzoeken we specifiek de rol van emotieregulatie aangezien dit een vaardigheid is die zich ontwikkeld in de adolescentie en reeds duidelijk geassocieerd is met het psychisch welzijn van adolescenten. In wat volgt gaan we dieper in op het begrip 'emotieregulatie'.

Emotieregulatie (ER)

ER is een concept dat steeds meer in de aandacht komt en ook steeds meer geïmplementeerd wordt in modellen over psychopathologie (Aldao, Nolen- Hoeksema & Schweizer, 2010). ER wordt ten heden gezien als een belangrijk onderwerp binnen verscheidene velden van de psychologie. Voor zowel de biologische, cognitieve, ontwikkelings-, sociale, industriële, organisatorische, persoonlijkheids-, klinische alsook de gezondheidspsychologie vinden we in de huidige literatuur dat er frequent onderzoek gedaan wordt inzake emotieregulatie (Gross, 2014).

Het concept ER refereert naar de processen waarbij een individu een invloed uitoefent op welke emoties hij/zij ervaart, wanneer deze emoties verschijnen alsook hoe deze voor dit individu ervaren en uitgedrukt worden (Gross, 1998). Tijdens het ER-proces worden bepaalde strategieën toegepast. Dit om de intensiteit van de emotie, het type emotionele ervaring, of mogelijk ook de emotie-inducerende situatie aan te pakken (Diamond & Aspinwall, 2003; Gross, 1998). We zien dat er op het niveau van ER meerdere onderscheiden gemaakt worden. Een eerste onderscheid is dat tussen probleemgerichte ER, namelijk het proberen inwerken op de stressor die de emotie teweegbrengt, en emotiegerichte ER, de poging tot reguleren van diens emoties die de stressor met zich mee brengt (Compas, Orosan & Grant, 1993). Enkele verdere

onderscheiden die kunnen gemaakt worden binnen ER zijn ten eerste het onderscheid tussen processen die automatisch of gecontroleerd zijn, bewust of onbewust, alsook kan men ER-processen die specifiek versus meer algemeen zijn onderscheiden (Gross, 1998). Wanneer we nader ingaan op Gross' onderscheid tussen bewuste en onbewuste ER-processen, bemerken we dat sommige van deze processen expliciet, en dus ook bewust zijn, terwijl andere processen juist impliciet en zonder enig bewustzijn plaatsvinden. In deze masterproef leggen we de focus vooral op bewuste ER-processen. Binnen deze bewuste processen kunnen we een onderscheid maken tussen adaptieve en maladaptieve ER-strategieën, afhankelijk van hun directe impact op gevoelsmatig, gedragsmatig en cognitief vlak, alsook hun verhouding tot psychopathologieën (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012).

Eerst gaan we dieper in op adaptieve ER-strategieën. De definitie van Gratz en Roemer (2004) omtrent adaptieve ER omvat (a) het bewust zijn en begrijpen van emoties, (b) het accepteren van emoties, (c) de mogelijkheid om impulsieve gedragingen gegenereerd door negatieve emoties te controleren en gedragingen te laten afhangen van een bepaald uitkomst of doel, alsook (d) de mogelijkheid om op een flexibele manier, contextafhankelijk, bepaalde ER- strategieën toe te passen om op die manier een bepaalde uitkomst te bereiken. Ondanks het feit dat er meerdere adaptieve ER-strategieën geïdentificeerd zijn, zien we in de meta-analyse van Aldao et al. (2010), een meta-analyse met betrekking tot ER- strategieën en de samenhang ervan met psychopathologieën , 3 elementaire adaptieve ER-strategieën naar voor komen. Deze zijn acceptatie, herevaluatie en probleemoplossing. Acceptatie impliceert het loslaten van dysfunctionele pogingen tot aanpassing en het actief proces van gevoelens simpelweg te voelen als gevoelens en het ervaren van gedachten enkel als gedachten (Blackledge & Hayes, 2001). Her-evaluatie is het proces waarbij, bij stressvolle situaties, positieve interpretaties- of perspectieven gegenereerd worden met oog op het reduceren van het aanwezige ongemak (Aldao et al., 2010). Verder is probleemoplossing een strategie waarbij een bewuste poging gedaan wordt om een stressvolle situatie te veranderen, of om de gevolgen van deze situatie te omvatten (Aldao et al., 2010).

Vervolgens gaan we dieper in op maladaptieve ER-strategieën. ER-strategieën kunnen als maladaptief geconceptualiseerd worden wanneer deze onvoldoende in staat

zijn om op een goede alsook flexibele manier op veranderingen in de omgeving te reageren (Bridges, Denham & Ganiban, 2004). In de meta-analyse van Aldao en collega's werden drie elementaire maladaptieve ER-strategieën voorop geplaatst, namelijk suppressie, vermijding en ruminatie. Suppressie kan geconceptualiseerd worden als het inhiberen van de gedragsmatige alsook de ervaringsgerichte aspecten die gepaard gaan met een bepaalde emotie (Cisler, Olatunji, Feldner & Forsyth, 2010). Vermijding is een proces waarbij men ongewenste persoonlijke gedachten, gevoelens en gewaarwordingen bewust probeert te controleren of men een poging doet eraan te ontsnappen (Kashdan, Barrios, Forsyth & Steger, 2006). Ruminatie werd door Joormann en Gotlib (2010) gedefinieerd als het proces waarbij gedachten en ideeën terugkeren. Dit valt mogelijk ook te verwoorden als 'het recycleren' van gedachten (Joormann & Gotlib, 2010).

Emotieregulatie en psychopathologie.

Het gebruik maken van bepaalde ER-strategieën blijkt een belangrijke transdiagnostische factor te zijn die een rol speelt in het risico op een brede range van psychopathologieën, en dit specifiek binnen de adolescentie (McLaughlin, Hatzenbuehler, Mennin & Nolen-Hoeksema, 2011). Over het algemeen zien we dat maladaptieve ER-strategieën een sterkere associatie vertonen met psychopathologie dan adaptieve ER-strategieën. Dit geldt zowel voor de associatie met internaliserende alsook met externaliserende psychopathologieën (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012). Uit onderzoek komt naar voor dat het weinig gebruik maken van adaptieve ER-strategieën en het veel gebruik maken van maladaptieve ER-strategieën gelinkt is aan het ontwikkelen van psychopathologieën (Aldao et al., 2010). Uit de review van Berking en Wupperman (2012) komen meerdere linken tussen het reguleren van emoties en het ontwikkelen van psychopathologieën naar voor. Zo wordt gesteld dat het beschikken over dysfunctionele ER-strategieën een onderliggend construct is in de ontwikkeling van een borderline persoonlijkheidsstoornis. Omtrent het ontwikkelen van een depressie toonden ze aan dat de vaardigheden om negatief affect te reguleren voorspellend zijn in de ontwikkeling van een depressie. Verder is het gebruik maken van maladaptieve ER-strategieën volgens Berking en Wupperman (2012) predictief voor het al dan niet ontwikkelen van een depressie. Vervolgens toonden ze ook aan dat mensen met een

depressie moeilijkheden hebben met het gebruik maken van adaptieve ER-strategieën. Omtrent angststoornissen zien we in hun studie dat mensen met een gegeneraliseerde angststoornis een minder goed begrip van emoties rapporteren, op een meer negatieve manier reageren op emoties en over minder vaardigheden beschikken om met negatieve emoties om te gaan, in vergelijking met mensen zonder gegeneraliseerde angststoornis. Garnefski, Legerstee, Kraaij, van den Kommer en Teerds (2002) deden reeds een cross-sectionele studie naar de samenhang tussen cognitieve coping strategieën en depressieve-en angstsymptomen. Ze maakten hierbij een vergelijking tussen adolescenten en volwassenen. Er werden vragenlijsten afgenomen bij 487 adolescenten en 630 volwassenen. Uit de resultaten kwam naar voor dat zowel voor volwassenen als voor adolescenten een significante hoeveelheid variantie in depressieve- en angstsymptomen verklaard kan worden door de gebruikte ER-strategieën. Vervolgens vond de studie van Berking en Wupperman (2012) dat bij mensen met een post-traumatische stress stoornis de ernst alsook de impact van hun symptomen gerelateerd zijn aan het al dan niet beschikken over de vaardigheden om gebruik te maken van de juiste ER-strategieën. Wanneer we in deze studie vervolgens kijken naar stoornissen in middelengebruik zien we dat deze vaak geconceptualiseerd worden als een poging tot het reguleren van negatieve emoties. Ook over eetstoornissen wordt in deze studie gesuggereerd dat deze een dysfunctionele poging zijn om negatieve emoties te reguleren.

Wanneer we dieper ingaan op de link tussen de elementaire adaptieve ER-strategieën en het ontwikkelen van psychopathologieën komen enkele zaken naar voor. Binnen de resultaten van het onderzoek van Aldao et al. (2010) komt de link tussen een gebrek aan her-evaluatie en de ontwikkeling van angst en depressie naar voor, dit met een kleine tot gemiddelde effectgrootte. Dit wil zeggen dat er wel degelijk een verband aanwezig is tussen het al dan niet gebruik maken van deze adaptieve ER-strategie en de kans op het ontwikkelen van een depressie of een angststoornis. Het bezitten van lage probleemoplossingsvaardigheden werd ook reeds aangetoond te leiden tot depressie (Aldao et al., 2010). Verder vond de reeds aangehaalde studie van Garnefski, Legerstee, Kraaij, van den Kommer en Teerds (2002) bij adolescenten een significant negatief verband tussen positief herinterpreteren en depressieve- en angstsymptomen. Ook vond de studie van Garnefski, Boon en Kraaij (2003) een significante negatieve samenhang

tussen positieve herevaluatie en depressieve symptomen.

Wanneer we de link tussen de elementaire maladaptieve ER-strategieën en het ontwikkelen van psychopathologie nader bekijken zien we ook enkele zaken terugkeren. In de onderzoeksresultaten van Aldao et al. (2010), vinden we een grote effectgrootte voor de associatie tussen zowel ruminatie en depressie als tussen ruminatie en angststoornissen, wat wil zeggen dat we een duidelijke samenhang vaststellen tussen het gebruik maken van deze maladaptieve ER-strategie en de kans op het ontwikkelen van een depressie of angststoornis binnen een individu. Ook de studie van Silk, Steinberg en Morris (2003) vond dat ruminatie positief in verband staat met depressieve symptomen. Verder vonden zij ook dat ontkenning positief in verband staat met depressieve symptomen. Gelijkaardig vond men voor vermijdingsgedrag een grote effectgrootte voor depressie en een gemiddelde tot grote effectgrootte voor angststoornissen. Voor beide van deze maladaptieve strategieën kwamen ook associaties met eetstoornissen alsook middelenmisbruik naar voor, maar deze waren minder significant dan de gevonden resultaten m.b.t de stemmingsstoornissen (angst en depressie) (Aldao et al, 2010). Verder werd reeds aangetoond dat suppressie, het onderdrukken van emoties, meer negatieve gevolgen heeft voor mensen met depressieve en- of angstsymptomen in vergelijking met het accepteren van emoties (Campbell-Sills, Barlow, Brown en Hofmann (2006). Ook in de studie van Garnefski, Legerstee, Kraaij, van den Kommer en Teerds (2002) bij adolescenten vond men enkele significante verbanden tussen de gebruikte maladaptieve ER-strategieën en psychopathologie. In hun resultaten kwam naar voor dat ruminatie, catastroferen en het jezelf de schuld geven het meest predictief waren voor depressieve – en angstsymptomen.

De gevonden associatie tussen deze maladaptieve ER-strategieën en psychopathologieën bleek sterker dan deze tussen adaptieve strategieën en psychopathologieën. Dit wil zeggen dat, binnen deze studie, het gebruik maken van maladaptieve ER-strategieën sterker lijkt door te wegen op het al dan niet ontwikkelen van de besproken psychopathologieën dan het gebruik maken van adaptieve ER-strategieën.

Emotieregulatie als buffer in stresserende levensomstandigheden.

De adolescentie wordt gekenmerkt als een periode van versnelde ontwikkeling op

cognitief, sociaal en emotioneel vlak (Forman, 1993). Deze periode van vele veranderingen brengt een gevarieerde hoeveelheid stress met zich mee, wat op zijn beurt een invloed heeft op latere adaptatie (Seiffge-Krenke, 2000). In onderzoek omtrent stressoren in de adolescentie zien we een verschuiving omtrent de focus. We zien dat de focus oorspronkelijk meer op traumatische gebeurtenissen en chronische stressoren lag, terwijl deze nu voornamelijk op normatieve uitdagingen en verwachtingen ligt alsook op ontwikkelingsgerichte taken (Seiffge-Krenke, Aunola & Nurmi, 2009). Wanneer adolescenten bevraagd worden over de dagdagelijkse stressvolle gebeurtenissen in hun leven, is het opvallend is dat 46% tot 82% van deze gebeurtenissen gaat over interpersoonlijke relaties. Deze stressvolle gebeurtenissen omtrent interpersoonlijke relaties omvatten conflicten tussen de adolescenten en hun ouders, conflicten met dichte vrienden alsook conflicten met romantische partners. Andere stressoren in de adolescentie zijn het zich zorgen maken over de eigen identiteit alsook over de toekomst (Seiffge-Krenke, Aunola & Nurmi, 2009). Verder wordt de adolescentie gekenmerkt als een periode van emotionele instabiliteit (Larson & Lampman-Petraitis, 1989). Echter toont de review van Zimmer-Gembeck & Skinner (2011) aan dat adolescenten beter in staat zijn dan kinderen om over hun eigen emotionele toestand te reflecteren. Ook kunnen ze steeds beter gebruik maken van gesofisticeerde strategieën om met hun emoties om te gaan. Deze emotie-gefocuste strategieën kunnen echter ook leiden tot een toename van ruminatie. Terzelfder tijd zien we dat de adolescentie gepaard gaat met een stijging in het gebruik maken van zinvolle copingstrategieën zoals positieve zelfspraak en het intentioneel reguleren van emoties. De adolescenten worden sterker in het reguleren van emoties en het sturen van acties wanneer men voor stressvolle situaties komt te staan (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011).

Verder zien we dat adolescenten opzoek zijn naar autonomie (Espelage & Holt, 2001). In plaats van zich naar hun ouders te richten om problemen, gevoelens, angsten en twijfels te bespreken, gaan ze zich eerder richten tot leeftijdsgenoten. Echter brengt het terugvallen op leeftijdsgenoten voor sociale steun een stijgende druk met zich mee om een sociale status te behouden. Onderzoek toont aan dat stoerheid en agressiviteit belangrijke statusfactoren zijn voor jongens, terwijl het uiterlijk een centrale determinant voor meisjes is met betrekking tot status. De uitgeoefende druk om aanvaard te worden en het belang van status is mogelijk geassocieerd met stijging van

het in aanraking komen met plagen en pesten in de adolescentie (Espelage & Holt, 2001).

In wat volgt gaan we dieper in op de relatie tussen ER en victimisatie van pesten als stresserende levensomstandigheid. Zoals eerder besproken, is één van de drie steeds naar voor komende criteria in de conceptualisatie van pesten een onevenwicht in macht. Dit onevenwicht kan mogelijk verklaard worden door het feit dat slachtoffers van pesten over minder vaardigheden om emotionele -en of cognitieve reacties op agressief, interpersoonlijk gedrag te controleren, beschikken (Lomas, Stough, Hansen & Downey, 2012). In de studie van Lomas et al. (2012) werd gekeken naar de link tussen emotionele intelligentie en victimisatie van pesten. Hieruit kwam naar voor dat mensen met betere vaardigheden omtrent emotionele intelligentie minder kans hebben op victimisatie van pestgedrag. Ook Mahady, Craig & Pepler (2000) deden een studie naar de relatie tussen victimisatie van pesten en ER. Uit dit onderzoek kwam naar voor dat er bij slachtoffers van pestgedrag sprake is van tekortkomingen op vlak van ER. Wanneer we de terugkoppeling maken naar het eerder vermelde onderscheid tussen passieve en agressieve slachtoffers van pesten, zien we in deze studie dat er bij agressieve slachtoffers meer sprake is van emotionele distress, emotionele dysregulatie, tekortkomingen in zelfregulatie en moeilijkheden met het moduleren van hoge niveaus van kwaadheid (Toblin, Schwartz, Gorman & Abou-ezzeddine, 2005).

De cross-sectionele studie van Garnefski & Kraaij (2014) ging de rol van cognitieve coping strategieën in de relatie tussen victimisatie van pesten en depressieve alsook angstsymptomen na. Ze vonden een significante directe relatie tussen victimisatie van pesten en depressieve alsook angstsymptomen. Verder vonden ze ook twee moderators op de relatie tussen victimisatie van pesten en depressieve- en angstsymptomen. Ten eerste vonden ze dat ruminatie het effect van victimisatie van pesten op zowel depressieve als angstsymptomen versterkt. Verder vonden ze dat positief verleggen van de focus het effect van victimisatie van pesten op depressieve symptomen afzwakt.

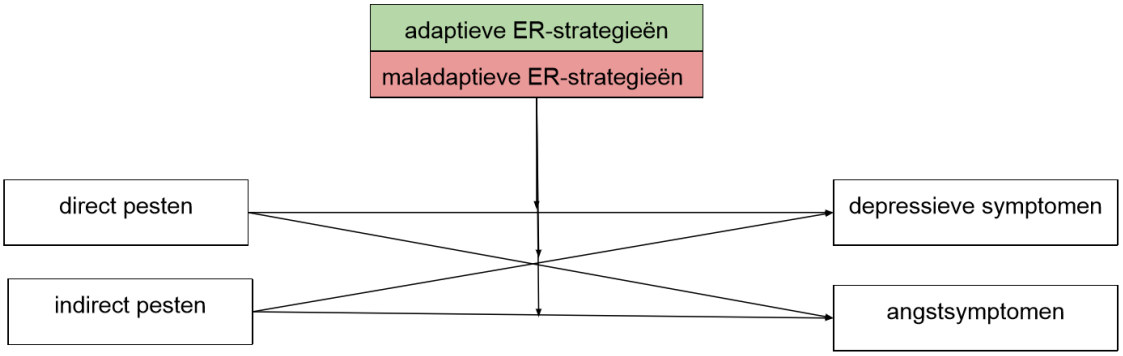
Algemeen Besluit

Uit onderzoek komt naar voor dat pesten een vaak voorkomend fenomeen is (Nansel et al., 2001). Victimisatie van pesten werd reeds geassocieerd met meerdere psychopathologieën zoals depressie en angststoornissen (Klomek et al., 2007; Copeland et al., 2013). Verder wordt de adolescentie gekenmerkt door emotionele instabiliteit alsook variabiliteit met betrekking tot gemoedstoestand (Vink, Derks, Hoogendam, Hillegers & Kahn, 2014). Het gebruik maken van bepaalde ER-strategieën blijkt een transdiagnostische factor te zijn die een belangrijke rol speelt in het al dan niet ontwikkelen van een brede range aan psychopathologieën (McLaughlin, Hatzenbuehler, Mennin & Nolen-Hoeksema, 2011). Ook toonde onderzoek reeds aan dat er bij victimisatie van pesten sprake is van tekortkomingen op vlak van ER (Mahady Wilton, Craig & Pepler, 2000). Er werd slechts een zeer beperkte hoeveelheid onderzoek gedaan naar de rol van ER in de relatie tussen pesten en het ontwikkelen van psychopathologieën. Ook is het belangrijk dit verder te onderzoeken aan de hand van een longitudinale studie om uitspraken te kunnen doen over de richting en causaliteit van de verbanden.

Aan de hand van bovenstaande informatie zien we ten eerste een samenhang tussen pesten en psychopathologie, ten tweede tussen ER en psychopathologie en ten derde tussen ER en pesten. Er werd echter slechts een schaarse hoeveelheid onderzoek gedaan naar de invloed van ER op de relatie tussen pesten en psychopathologie. In deze studie gaan we nader in op de samenhang tussen de onderlinge variabelen alsook op de invloed van ER op de relatie tussen pesten en psychopathologie.

Onderzoeksvragen en hypothesen

Het doel van deze masterproef is om bij Vlaamse jongeren na te gaan of het slachtoffer zijn van pesten samenhangt met depressieve- en of angstsymptomen. Vervolgens gaan we na of ER een rol speelt binnen deze samenhang. Indien dit het geval is gaan we dieper in op welke rol ER speelt. In wat volgt worden de onderzoeksvragen en bijhorende hypothesen geformuleerd.



Figuur 1: schematische weergave van de modererende rol van emotieregulatie in de relatie tussen victimisatie van pestgedrag en psychopathologieën.

Onderzoeksvraag 1: *1.1 Is de mate van victimisatie van pesten geassocieerd met de mate van de aanwezige depressieve symptomen? 1.2 Is er sprake van een toename van depressieve symptomen over 6 maanden heen ten gevolge van victimisatie van pesten?* Eerdere studies toonden reeds aan dat er een duidelijke samenhang is tussen victimisatie van pesten en een verhoogd risico op een depressie in vergelijking met diegenen die nooit eerder met pesterijen in contact zijn gekomen (Klomek, Marrocco, Kleinman, Schonefeld & Gould, 2007). In dit onderzoek wordt getracht deze link te repliceren en verwachten we een significante positieve samenhang tussen victimisatie van pesten en de aanwezigheid van depressieve symptomen. Verder kwam uit de studie van Fekkes, Pijpers, Fredriks, Vogels en Verloove-Vanhorick (2006) naar voor dat slachtoffers van pesten een significant hogere kans hebben op het ontwikkelen van een depressie. We verwachten binnen deze studie, aansluitend bij voorgaande literatuur, een toename in depressieve symptomen over 6 maanden heen ten gevolge van victimisatie van pesten.

Onderzoeksvraag 2: *2.1 Is het gebruik maken van bepaalde ER-strategieën geassocieerd met de mate van depressieve symptomen? 2.2 Is er sprake van een toename van depressieve symptomen over 6 maanden heen ten gevolge van het gebruik maken van bepaalde ER-strategieën?* Het onderzoek van Berking en Wupperman (2012) toonde reeds aan dat mensen met een depressie moeilijkheden hebben met het toepassen van adaptieve ER-strategieën. Verder toonde dit onderzoek aan dat het gebruik maken van maladaptieve ER-strategieën predictief is voor het al dan niet ontwikkelen van een depressie. Ook in de studie van Garnefski, Legerstee, Kraaij, van

den Kommer en Teerds (2002) bij adolescenten vond men enkele significante verbanden tussen de gebruikte ER-strategieën en psychopathologie, namelijk dat ruminatie, catastroferen en het jezelf de schuld geven predictief zijn voor depressieve – en angstsymptomen. Aan de hand van voorgaand onderzoek verwachten we in deze studie een significante negatieve samenhang tussen het gebruik maken van adaptieve ER-strategieën en depressieve symptomen. Verder verwachten we een significante positieve samenhang tussen het gebruik maken van maladaptieve ER-strategieën en depressieve symptomen. Omtrent het tweede deel van deze onderzoeksvraag verwachten we een significante afname in depressieve symptomen ten gevolge van het veel gebruik maken van adaptieve ER-strategieën, een toename in depressieve symptomen ten gevolge van het weinig gebruik maken van adaptieve ER-strategieën, een toename in depressieve symptomen ten gevolge van het veel gebruik maken van maladaptieve ER-strategieën en een afname in depressieve symptomen ten gevolge van het weinig gebruik maken van maladaptieve ER-strategieën.

Onderzoeksvraag 3: *Fungeert ER als moderator binnen de relatie tussen pesten en depressieve symptomen?* De studie van Garnesfki & Kraaij (2014) toonde reeds aan dat het gebruik maken van bepaalde ER-strategieën een invloed heeft op de relatie tussen victimisatie van pesten en depressieve symptomen. Zo vonden ze dat ruminatie het effect van victimisatie van pesten op depressieve symptomen versterkt. Verder vonden ze dat positief verleggen van de focus het effect van victimisatie van pesten op depressieve symptomen afzwakt. Binnen deze studie verwachten we dat ER een modererende rol speelt binnen de relatie tussen pesten en depressieve symptomen, dit voor zowel direct als indirect pesten. Meer specifiek verwachten we dat het gebruik maken van adaptieve ER-strategieën de relatie tussen pesten en depressieve symptomen afzwakt, en dat maladaptieve ER-strategieën de relatie tussen pesten en depressieve symptomen versterkt.

Onderzoeksvraag 4: *4.1 Is de mate van victimisatie van pesten geassocieerd met de mate van angstsymptomen? 4.2 Is er sprake van een toename van angstsymptomen over 6 maanden heen ten gevolge van victimisatie van pesten?* Eerder onderzoek gaf reeds aan dat slachtoffers van pesten verhoogde scores rapporteerden op

agorafobie, gegeneraliseerde angststoornis en paniekstoornis in de adolescentie (Copeland et al., 2013). Binnen deze studie wordt de link tussen victimisatie van pesten en de mate van angstsymptomen nagegaan. Aan de hand van voorgaande studie wordt een significant positief verband verwacht tussen victimisatie van pesten en angstsymptomen. Verder vond de studie van Fekkes, Pijpers, Fredriks, Vogels en Verloove-Vanhorick (2006) dat slachtoffers van pesten een significant hogere kans hebben op het ontwikkelen van een angststoornis. We verwachten binnen deze studie, aansluitend bij voorgaande literatuur, een toename in angstsymptomen over 6 maanden heen ten gevolge van victimisatie van pesten.

Onderzoeksvraag 5: *5.1 Is het gebruik maken van bepaalde ER-strategieën geassocieerd met de mate van angstsymptomen? 5.2 Is er sprake van een toename van angstsymptomen over 6 maanden heen ten gevolge van het gebruik maken van bepaalde ER-strategieën?* Het onderzoek van Berking en Wupperman (2012) toonde reeds aan dat mensen met een gegeneraliseerde angststoornis een minder goed begrip van emoties rapporteren, op een meer negatieve manier reageren op emoties en over minder vaardigheden beschikken om met emoties om te gaan, in vergelijking met mensen zonder gegeneraliseerde angststoornis. Binnen deze studie wordt het verband tussen het gebruik maken van bepaalde ER-strategieën en de mate van angstsymptomen na te gaan. We verwachten een significant negatief verband tussen het gebruik maken adaptieve ER-strategieën en angstsymptomen. Ook verwachten we een significant positief verband tussen het gebruik maken van maladaptieve ER-strategieën en angstsymptomen. Omtrent het tweede deel van deze onderzoeksvraag verwachten we een significante afname in angstsymptomen ten gevolge van het veel gebruik maken van adaptieve ER-strategieën, een toename in angstsymptomen ten gevolge van het weinig gebruik maken van adaptieve ER-strategieën, een toename in angstsymptomen ten gevolge van het veel gebruik maken van maladaptieve ER-strategieën en een afname in angstsymptomen ten gevolge van het weinig gebruik maken van maladaptieve ER-strategieën.

Onderzoeksvraag 6: *Fungeert ER als moderator binnen de relatie tussen pesten en angstsymptomen?* De studie van Garnesfki & Kraaij (2014) toonde reeds aan

dat het gebruik maken van bepaalde ER-strategieën een invloed heeft op de relatie tussen victimisatie van pesten en angstsymptomen. Zo vonden ze dat ruminatie het effect van victimisatie van pesten op angstsymptomen versterkt. We verwachten binnen ons onderzoek dat ER een modererende rol zal spelen op de relatie tussen zowel direct als indirect pesten en angstsymptomen. Zo verwachten we dat het gebruik maken van adaptieve ER-strategieën de relatie tussen pesten en angstsymptomen zal afzwakken terwijl het gebruik maken van maladaptieve ER-strategieën de relatie tussen pesten en depressieve symptomen zal versterken.

Methode

Participanten

Het onderzoek omvat 208 adolescenten tussen de leeftijd van 11 en 14 jaar, M=11, SD=.551. Er namen 120 meisjes (57,7%) en 88 jongens (42,3%) deel aan het onderzoek. Wanneer we de scholing nader bekijken, zien we dat 188 participanten (90,4%) een opleiding in de A-stroom volgen en 20 participanten (9,6%) in de B-stroom. Wanneer we de thuistaal nader bekijken zien we dat het merendeel, namelijk 198, van de deelnemers thuis Nederlands spreekt (95,2%). De overige gesproken thuistalen betreffen onder andere Frans, Spaans, Marokkaans, Pools. Als laatste werd de gezinssituatie in kaart gebracht. We zien dat 140 van de participanten (67,3%) een tweeoudergezin aangeven als hun thuissituatie. In totaal wonen 17 participanten (8,2%) bij een alleenstaande ouder. Er geven 23 participanten (11,1%) aan een co-ouderschap als gezinssituatie te hebben. 20 participanten (9,6%) wonen in een nieuw samengesteld gezin en 1 jongere (0,5%) geeft aan in een pleeggezin te wonen. De 7 overige participanten (3,4%) geven aan zich in een andere thuissituatie te bevinden dan de voorafgaand besproken thuissituaties.

Procedure

Het onderzoek verbonden aan deze masterproef maakt deel uit van een ruimer longitudinaal onderzoek naar de preventie van psychische problemen bij jongeren gefinancierd door het Rode Neuzen Fonds van FWO. De onderzoeksprocedure werd voorgelegd bij en goedgekeurd door de ethische commissie. In dit ruimer onderzoek

werd het effect van een preventieve emotieregulatietraining getest op het emotioneel welzijn van jonge adolescenten in een Randomized Controlled Trial met een preventie en een controlegroep. Om de onderzoeksvragen van deze masterproef te beantwoorden werd enkel gebruik gemaakt van de data verzameld in de controlegroep. De controlegroep omvat de jongeren die geen emotieregulatietraining volgden. De jongeren uit de controlegroep werden gevraagd om op verschillende tijdstippen zelfrapportagevragenlijsten in te vullen. Jongeren vulden de vragenlijsten in in de computerklas en dit via een online tool waarop ze konden inloggen met een unieke anonieme code. Initieel werden de vragenlijsten bij aanvang van het schooljaar afgenomen, dit was het eerste meetmoment. Het tweede meetmoment betreft een follow-up na 3 maanden. Het derde en laatste meetmoment betreft een follow-up na 6 maanden. Binnen deze masterproef gebruiken we slechts een subset van de vragenlijsten die afgenomen werden, namelijk: de *Klasgenoten Relatie Vragenlijst* (KRV; Liebrand, van IJzendoorn, & van Lieshout, 1991) betreffende het in contact komen met pesten, de *Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen* (FEEL-KJ; Braet, Cracco, Theuwis, Grob & Smolenski, 2013) betreffende ER-strategieën, de *Children's Depression Inventory* (CDI; Bodden, Braet & Stikkelbroek, 2016) betreffende depressieve symptomen en de *Zelfbeoordelingsvragenlijst voor Kinderen* (ZBV-K; Bakker, van Wieringen, van der Ploeg & Spielberger, 1989) betreffende angstsymptomen. De vragenlijsten worden meer diepgaand besproken onder de sectie meetinstrumenten. Voor dit onderzoek gebruikten we de scores op pesten en emotieregulatie aan de start van het schooljaar (KRV en FEEL-kj op meetmoment 1) en de scores op depressieve en angstsymptomen 6 maanden later (meetmoment 3).

Meetinstrumenten

Operationalisering van pesten.

Sociale relaties werden geoperationaliseerd aan de hand van de *Klasgenoten Relatie Vragenlijst* (KRV; Liebrand, van IJzendoorn, & van Lieshout, 1991). De KRV is een Nederlandstalige zelfrapportagevragenlijst gebaseerd op de Olweus Bully/Victim Questionnaire (Olweus, 1989) en gaat het in aanraking komen met pesten na. De KRV is onderverdeeld in 5 dimensies en omvat 37 items. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen direct en indirect pesten. Elk item omvat 5 antwoordmogelijkheden. Een

voorbeelditem is ‘Hoeveel goede vrienden of vriendinnen heb je in de Klas?’. Er werden geen psychometrische waarden gevonden voor deze vragenlijst. Wel was de interne consistentie van de originele vragenlijst Olweus Bully/Victim Questionnaire steeds goed. In ons onderzoek bedroeg de interne consistentie van de steekproef α=0.55 voor indirect pesten op meetmoment 1 en α=0.66 voor direct pesten op meetmoment 1. Deze waarden zijn aan de lage kant, wat wijst op een lage tot matige betrouwbaarheid van dit onderzoeksinstrument.

Operationalisering van emotieregulatie.

Een vaak gebruikt en valide instrument om ER bij jongeren te meten is de FEEL-KJ (Braet, Cracco, Theuwis, Grob & Smolenski, 2013). Dit gebeurt aan de hand van vragen over de emoties boosheid, angst en verdriet (Braet et al., 2013). De FEEL-KJ omvat in totaal 90 items, waarvan telkens 30 bij de emotie boosheid, angst en verdriet. De FEEL-KJ bestaat uit 3 globale schalen, namelijk adaptieve ER-strategieën, maladaptieve ER-strategieën en externe ER-strategieën. Elk van deze globale schalen omvatten meerdere subschalen. De subschalen van de adaptieve ER-strategieën in de FEEL-KJ zijn probleemgericht handelen, afleiding zoeken, het oproepen van een positieve stemming, accepteren, vergeten, herevalueren van het probleem en gebruik maken van cognitieve probleemoplossing (Braet et al., 2013). De subschalen van de maladaptieve ER-strategieën in de FEEL-KJ zijn opgeven, terugtrekken, rumineren, zelfdevaluatie en het gebruik maken van agressie. Als laatste omvat de globale schaal externe ER-strategieën de subschalen het ervaren van sociale steun, het ervaren van emotionele controle en de mogelijkheid tot expressie (Braet et al., 2013). Elk van de items wordt bevraagd aan de hand van een 5-punten Likertschaal. Onderzoek toont aan dat de FEEL-KJ goede psychometrische eigenschappen heeft (Braet et al., 2013; Cracco, Van Durme & Braet, 2015). In onze studie vonden we dat voor adaptieve ER-strategieën op meetmoment 1 de interne consistentie van de steekproef α=0.96 bedroeg. Voor maladaptieve ER-strategieën op meetmoment 1 bedroeg de interne consistentie α=0.84. Dit wijst op een hoge betrouwbaarheid van dit instrument.

Operationalisering van depressieve symptomen.

Om depressieve symptomen te operationaliseren werd de *Children’s Depression*

Inventory (CDI; Timbremont, Braet & Roelofs, 2002) afgenomen. De CDI is een vragenlijst voor depressie bij kinderen en jongeren. De CDI is afgeleid van de Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Steer & Brown, 1996). De CDI bestaat uit 27 items die gescoord worden op een driepuntsschaal gaande van helemaal niet tot soms tot duidelijk/vaak. Een voorbeelditem is (1) Ik ben nooit verdrietig, (2) Ik ben soms verdrietig en (3) Ik ben vaak verdrietig. De totaalscore dient als indicator van de ernst van depressie of depressieve symptomen. Zowel de betrouwbaarheid als de begripsvaliditeit zijn voldoende. De criteriumvaliditeit is echter niet bekend. Voor deze steekproef werd in deze studie een interne consistentie gevonden van α=0.86 voor depressieve symptomen op meetmoment 1 en α=0.89 voor depressieve symptomen op meetmoment 3, wat wijst op een hoge betrouwbaarheid.

Operationalisering van angstsymptomen.

Om de symptomen van angst te operationaliseren werd de *Zelfbeoordelingsvragenlijst voor Kinderen* (ZBV-K; Bakker, van Wieringen, van der Ploeg & Spielberger, 1989) afgenomen. De ZBV-K is een Nederlandse vertaling van de State-Trait-Anxiety Inventory for Children (STAI-C; Spielberger, Edwards, Montuori & Lushene, 1973). Het doel van de ZBV-K is het meten van het angstniveau van het kind (Bakker, Wieringen, & Ploeg, 1989). De ZBV-K omvat 2 subschalen, namelijk toestandsangst en angstdispositie. Toestandsangst omvat de emotionele reactie op een voor het kind bedreigende situatie. Angstdispositie omvat eigenschappen van het kind om bepaalde situaties als bedreigend te ervaren. Beide van deze subschalen omvatten 20 items met 3 antwoordmogelijkheden (Bakker et al., 1989; Ploeg et al., 1980). Een voorbeelditem is ‘Ik voel me nu (1) erg angstig, (2) angstig of (3) niet angstig. Binnen deze studie wordt enkel gefocust op angstdispositie. De ZBV-K blijkt een valide en betrouwbare vragenlijst om toestandsangst bij kinderen te meten (Bakker et al., 1989). De gevonden interne consistentie van deze steekproef voor angstsymptomen op meetmoment 1 is α=0.88. Voor angstsymptomen op meetmoment 3 is dit α=0.89. Dit duidt op een hoge betrouwbaarheid van dit onderzoeksinstrument.

Analyses

Alvorens de uitvoering van de effectieve analyses worden enkele preliminaire analyses

uitgevoerd. Meer specifiek onderzoeken we de invloed van leeftijd, geslacht en depressieve symptomen op meetmoment 1 voor de afhankelijke variabele depressieve symptomen op meetmoment 3. Vervolgens onderzoeken we de invloed van leeftijd, geslacht en angstsymptomen op meetmoment 1 voor de afhankelijke variabele angstsymptomen op meetmoment 3. Dit doen we om na te gaan of deze variabelen dienen opgenomen te worden als controlevariabelen in onze effectieve statistische analyses. Om na te gaan of de variabele leeftijd als controlevariabele dient meegenomen te worden wordt gebruik gemaakt van univariate regressie analyses. Om na te gaan of depressieve symptomen op meetmoment 1 en angstsymptomen op meetmoment 1 meegenomen dienen te worden als controlevariabelen wordt ook gebruik gemaakt van univariate regressie analyses. Om de invloed van geslacht na te gaan, gebruiken we t-toetsen. Voor de aanvang van de moderatieanalyses worden eerst enkele rechtstreekse analyses uitgevoerd. Hier wordt een onderscheid gemaakt tussen de analyses omtrent direct pesten en deze omtrent indirect pesten. Dit gebeurt aan de hand van hiërarchische regressie. Vervolgens onderzoeken we de vooropgestelde moderatiemodellen en wordt specifiek gekeken of het gebruiken van bepaalde ER-strategieën een significante invloed heeft op de relatie tussen pesten en depressieve symptomen enerzijds en angstsymptomen anderzijds. Dit laatste wordt ook onderzocht aan de hand van hiërarchische regressieanalyses. De invloed van zowel adaptieve als maladaptieve ER-strategieën wordt nagegaan, en de onderzochte afhankelijke variabelen zijn depressieve symptomen en angstsymptomen. Verder worden de moderatiemodellen ook apart getoetst voor direct en indirect pesten. Doorheen de resultaten zal gesproken worden over direct en indirect pesten. Ook in de bijhorende tabellen zullen deze termen gebruikt worden. Deze termen verwijzen naar victimisatie van pesten en niet naar het zelf dader zijn van pesten.

Resultaten

Preliminaire Analyses

Controlevariabelen.

Voor de aanvang van de effectieve statistische analyses werd de invloed van enkele

derde variabelen nader bekeken om na te gaan of er voor deze variabelen gecontroleerd moet worden. Zo werd gekeken of leeftijd, geslacht en depressieve symptomen op meetmoment 1 een invloed hebben op depressieve symptomen enerzijds. Anderzijds werd gekeken of leeftijd, geslacht en angstsymptomen op meetmoment 1 een invloed hebben op angstsymptomen op meetmoment 3.

Voor de onafhankelijke variabele **leeftijd** tonen de resultaten van de regressieanalyse aan dat leeftijd geen significante invloed heeft op depressieve symptomen, $F(1,176) = .358$, p= .550, noch op angstsymptomen, $F(1,176) = .032$, p=.858. Om de invloed van **geslacht** op depressieve symptomen na te gaan voeren we een t-test uit en kijken we eerst naar de resultaten van de Levene's test. We zien dat de varianties binnen groepen niet gelijk zijn, $F(1,176) = 4.957$, $p = .027$. Vervolgens kijken we naar de resultaten van de t-test voor ongelijke varianties. We zien dat de t-toets significant is, $t(135,64) = 2.38$, $p = .018$. Jongens scoren significant hoger (M = 10.72, SD = 8.48) op depressieve symptomen dan meisjes (M = 7.88, SD = 6.84). Geslacht dient dus als controlevariabele opgenomen te worden. Wanneer we de invloed van geslacht op angstsymptomen nader onderzoeken, toont de Levene's test eerst en vooral dat de varianties binnen groepen gelijk zijn, $F(1, 176) = .457$, $p = .500$. Dit wil zeggen dat de t-toets voor gelijke varianties gebruikt dient te worden. We zien dat de t-toets niet significant, $t(176) = -.698$, $p = .486$.

Om na te gaan of **depressieve symptomen** op meetmoment 1 een invloed hebben op depressieve symptomen op meetmoment 3 werd gebruik gemaakt van een regressieanalyse. We zien dat depressieve symptomen op meetmoment 1 een significante invloed hebben op depressieve symptomen op meetmoment 3, $F(1,176) = 65.973$, $p < .001$. De variabele depressieve symptomen op meetmoment 1 dient dus opgenomen te worden als controlevariabele voor depressieve symptomen op meetmoment 3.

Op dezelfde manier werd nagegaan of **angstsymptomen** op meetmoment 1 een invloed hebben op angstsymptomen op meetmoment 3. Uit de analyses komt naar voor dat angstsymptomen op meetmoment 1 een significante invloed hebben op angstsymptomen op meetmoment 3, $F(1,175) = 37,501$, $p < .001$. De variabele angstsymptomen op meetmoment 1 moet opgenomen worden als controlevariabele voor angstsymptomen op meetmoment 3.

Correlaties.

Vervolgens werden de verbanden tussen de relevante variabelen geëxploreerd aan de hand van een Pearson correlatie analyse. De correlaties worden weergegeven in tabel 1. We zien dat er tussen bijna alle afzonderlijke variabelen een significante samenhang is. Enkel adaptieve ER-strategieën op meetmoment 1 en direct pesten enerzijds, alsook angstsymptomen op meetmoment 3 en maladaptieve ER-strategieën op meetmoment 1 anderzijds, hangen niet significant samen.

Tabel 1. Pearson correlaties tussen de variabelen

		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	N	M	SD
1.	**Indirect pesten T0**								207	6.61	2.66
2.	**Direct pesten T0**	.40***							207	1.84	2.79
3.	**Adaptieve ER T0**	-.18***	-.13						206	118.74	25.84
4.	**Maladaptieve ER T0**	.20***	.33***	.04*					206	42.56	10.87
5.	**Depressieve symptomen T0**	.49***	.47***	-.39***	.44***				208	8.36	6.26
6.	**Depressieve symptomen T3**	.22**	.33***	-.31***	.26***	.52***			178	9.06	7.67
7.	**Angstsymptomen T0**	.42***	.44***	-.46***	.34***	.61***	.36***		207	30.01	5.43
8.	**Angstsymptomen**	.26***	.23**	-.31***	.09	.34***	.59***	.42***	178	29.62	5.90
9.	**T3**										

*$p < .05$, **$p < .01$, ***$p < .001$

Statistische Analyses

Analyses met betrekking tot depressieve symptomen.

Rechtstreekse analyses.

Onderzoeksvraag 1: De eerste onderzoeksvraag gaat na of er een significante samenhang is tussen de variabelen (in)direct pesten en depressieve symptomen, en meer specifiek of er sprake is van een toename van depressieve symptomen over 6 maanden heen, samenhangend met victimisatie van pesten op meetmoment 1. Deze onderzoeksvraag wordt onderzocht aan de hand van hiërarchische regressie analyses, met depressieve symptomen op meetmoment 3 (T3) als afhankelijke variabele. Eerst zal

gekeken worden naar de samenhang tussen **direct pesten** en depressieve symptomen (tabel 2). Er wordt een basismodel gemodelleerd die de controlevariabelen omvat. Het basismodel, namelijk model 1, omvat dus geslacht en depressieve symptomen op meetmoment 1 (T0) als onafhankelijke variabelen. We zien dat het basismodel, model 1, significant beter is in het voorspellen van de uitkomst in vergelijking met toeval (*F change*(2,174) = 35.40, *p* <.001). Zowel geslacht als depressieve symptomen op meetmoment 1 hebben een significant effect. We zien dat jongens significant hoger scoren op depressieve symptomen dan meisjes (β = -.13, *p* =.042). Ook zien we dat de variabele depressieve symptomen op meetmoment 1 significant positief geassocieerd is met depressieve symptomen op meetmoment 3 (β = .51, *p* <.001). Model 2 omvat, bovenop de controlevariabelen, de onafhankelijke variabele direct pesten gemeten op meetmoment 1. We zien dat model 2 niet significant beter is in het voorspellen van de uitkomst in vergelijking met model 1 (*F change*(1,173) = .87, *p* = .354). Ook zien we dat het tweede model geen significante hoeveelheid bijkomende variantie verklaart bovenop ons eerste model (R^2 *change* = .01).

Tabel 2. Samenhang direct pesten en depressieve symptomen

	N	B	SE B	β	t	F change	R^2 change
AV: Depressieve symptomen T3							
Model 1						35.40***	.29***
Geslacht	177	-2.05	1	-.13	-2.05*		
Depressieve Symptomen T0	177	.62	.08	.51	7.90***		
Model 2						.865	.01
Direct pesten T0	177	.21	.23	.07	.93		

** p < .05, ** p < .01, *** p < .001*

Vervolgens kijken we naar de samenhang tussen **indirect pesten** en depressieve symptomen op meetmoment 3 (tabel 3). Ook hier omvat het basismodel, model 1, de controlevariabelen geslacht en depressieve symptomen op meetmoment 1. We weten reeds dat het basismodel significant beter is in het voorspellen van de uitkomst in vergelijking met toeval (*F change*(2,174) = 35.40, *p* <.001). Model 2

omvat hier, bovenop de controlevariabelen, de onafhankelijke variabele indirect pesten op meetmoment 1. Uit de analyses komt naar voor dat model 2 niet significant beter is in het voorspellen van de uitkomst in vergelijking met model 1 (*F change* (1,173) = 1.09, *p* = .298). Verder zien we dat model 2 geen significante hoeveelheid bijkomende variantie verklaart bovenop ons eerste model (*R² change* = .004).

Tabel 3. Samenhang indirect pesten en depressieve symptomen

	N	B	SE B	β	t	F change	R² change
AV: Depressieve symptomen T3							
Model 1						35.40***	.29***
Geslacht	177	-2.05	1	-.13	-2.05*		
Depressieve Symptomen T0	177	.62	.08	.51	7.90***		
Model 2						1.09	.01
Indirect pesten T0	177	-.24	.23	-.08	-1.04		

** p < .05, ** p < .01, *** p < .001*

Onderzoeksvraag 2: De tweede onderzoeksvraag gaat na of het gebruik maken van bepaalde **ER-strategieën** geassocieerd is met de mate van depressieve symptomen, en meer specifiek of er sprake is van een toename van depressieve symptomen samenhangend met de gebruikte ER-strategieën op meetmoment 1 (tabel 4). Ook deze onderzoeksvraag wordt onderzocht aan de hand van een hiërarchische regressie analyse met depressieve symptomen op meetmoment 3 als afhankelijke variabele. Hetzelfde basismodel met de controlevariabelen geslacht en depressieve symptomen op meetmoment 1 wordt gemodelleerd. We zien ook hier dat het basismodel, model 1, significant beter is in het voorspellen van de uitkomst in vergelijking met toeval (*F change*(2,173) = 35.29, *p* <.001). Binnen het tweede model worden bovenop het basismodel twee onafhankelijke variabelen gemodelleerd, namelijk adaptieve ER-strategieën op meetmoment 1 en maladaptieve ER-strategieën op meetmoment 1. Uit de analyses komt naar voor dat het tweede model geen significante hoeveelheid variantie verklaart bovenop het basismodel (*R² change* = .02, *p* = .061). Wanneer we naar de onderlinge bijgevoegde variabelen kijken, zien we dat enkel adaptieve ER-strategieën op

meetmoment 1 een significant effect toevoegt binnen dit model (β = -.17, p = .021). We zien een negatief verband tussen het gebruik maken van adaptieve ER-strategieën op meetmoment 1 en depressieve symptomen op meetmoment 3.

Tabel 4. Samenhang ER-strategieën en depressieve symptomen

	N	B	SE B	β	t	F change	R^2 change
AV: Depressieve symptomen T3							
Model 1						35.29***	.29***
Geslacht	176	-2.01	1.01	-.13	-1.99***		
Depressieve Symptomen T0	176	.62	.08	.51	7.90***		
Model 2						2.851	.02
Adaptief ER T0	176	-.05	.02	-.17	-2.33*		
Maladaptief ER T0	176	.06	.05	.09	1.21		

** $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$*

Moderatieanalyses.

Onderzoeksvraag 3: De derde onderzoeksvraag gaat na of het gebruik maken van bepaalde ER-strategieën een modererende rol speelt op de relatie tussen pesten en depressieve symptomen. Ook hier wordt een opdeling gemaakt tussen direct en indirect pesten. We gaan van start met de modererende rol van ER-strategieën op de relatie tussen **direct pesten** en depressieve symptomen (tabel 5). Het basismodel, model 1, omvat opnieuw de controlevariabelen geslacht en depressieve symptomen op meetmoment 1. Het tweede model voegt, bovenop het basismodel, 3 variabelen toe. Deze variabelen zijn direct pesten op meetmoment 1, adaptieve ER-strategieën op meetmoment 1 en maladaptieve strategieën op meetmoment 1. We zien dat het tweede model niet significant beter is in het voorspellen van de uitkomst in vergelijking met model 1 (F *change*(3,170) = 2.24, p = .085). Ook zien we dat het tweede model geen significante hoeveelheid bijkomende variantie verklaart bovenop het eerste model (R^2 *change* = .08). Wanneer we naar de afzonderlijke variabelen kijken, zien we dat de variabele adaptieve ER-strategieën op meetmoment 1 een significant effect heeft op depressieve symptomen op meetmoment 3 (β = -.17, p = .018). Vervolgens wordt een derde model gemodelleerd dat, bovenop de variabelen uit model 1 en model 2, twee

interactietermen omvat. Deze interactietermen omvatten specifiek de interactie tussen adaptieve ER-strategieën op meetmoment 1 en direct pesten op meetmoment 1 en de interactie tussen maladaptieve ER-strategieën op meetmoment 1 en direct pesten op meetmoment 1. Uit de analyses komt naar voor dat model 3 niet significant beter is in het voorspellen van de uitkomst dan model 2 (*F change*(2,168) = 2.93, p = .056). Deze interactie wordt echter wel beschouwd als trendsignificant. W zien dat het derde model geen significante, maar echter wel een trendsignificante hoeveelheid bijkomende variantie verklaart bovenop het tweede model (R^2 *change* = .02). Wanneer we de interactievariabelen afzonderlijk beschouwen, zien we dat enkel de interactieterm tussen adaptieve ER-strategieën en direct pesten een significant effect heeft (β = .21, p = .034).

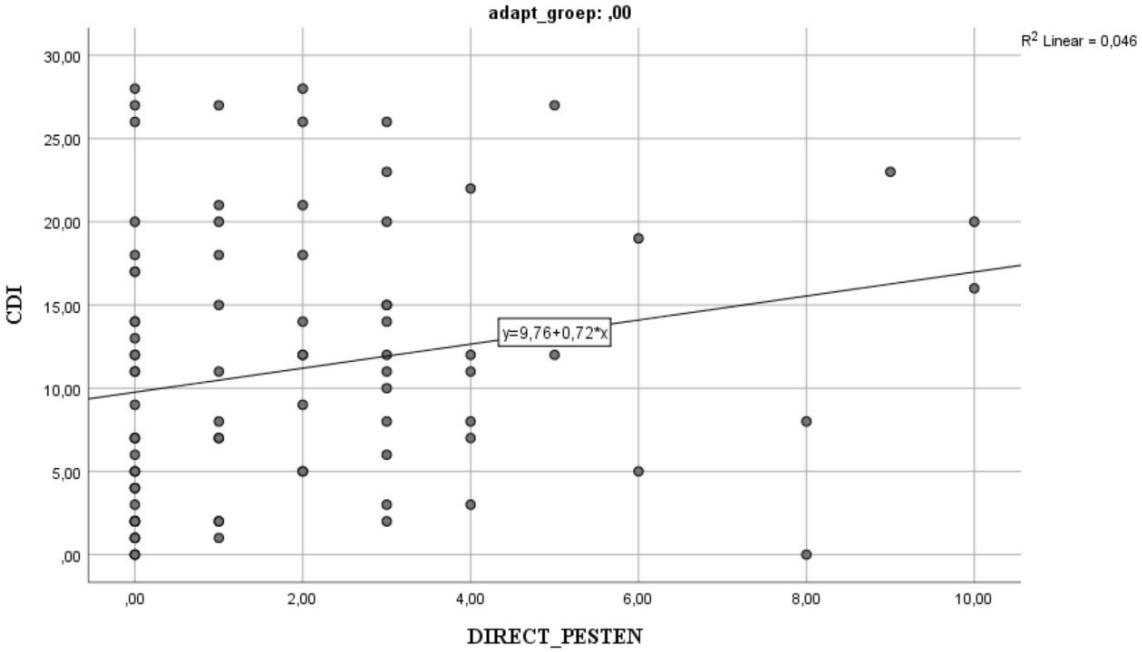
Tabel 5. Rol ER op de relatie tussen direct pesten en depressieve symptomen op T3

	N	B	SE B	β	t	F change	R^2 change
AV: Depressieve symptomen T3							
Model 1						35.30***	.29***
Geslacht	176	-2.01	1.01	-.13	-1.99*		
Depressieve symptomen T0	176	.62	.08	.51	7.89***		
Model 2	176					2.24	.08
Direct pesten T0	176	.23	.23	.08	1.01		
Adaptieve ER T0	176	-.05	.02	-.17	-2.39*		
Maladaptieve ERT0	176	.06	.05	.08	1.04		
Model 3	176					2.93T	.02
Adaptieve ER T0 x Direct pesten T0	176	1.24	.58	.21	2.14*		
Maladaptieve ERT0 x Direct pesten T0	176	-.34	.43	-.09	-.80		

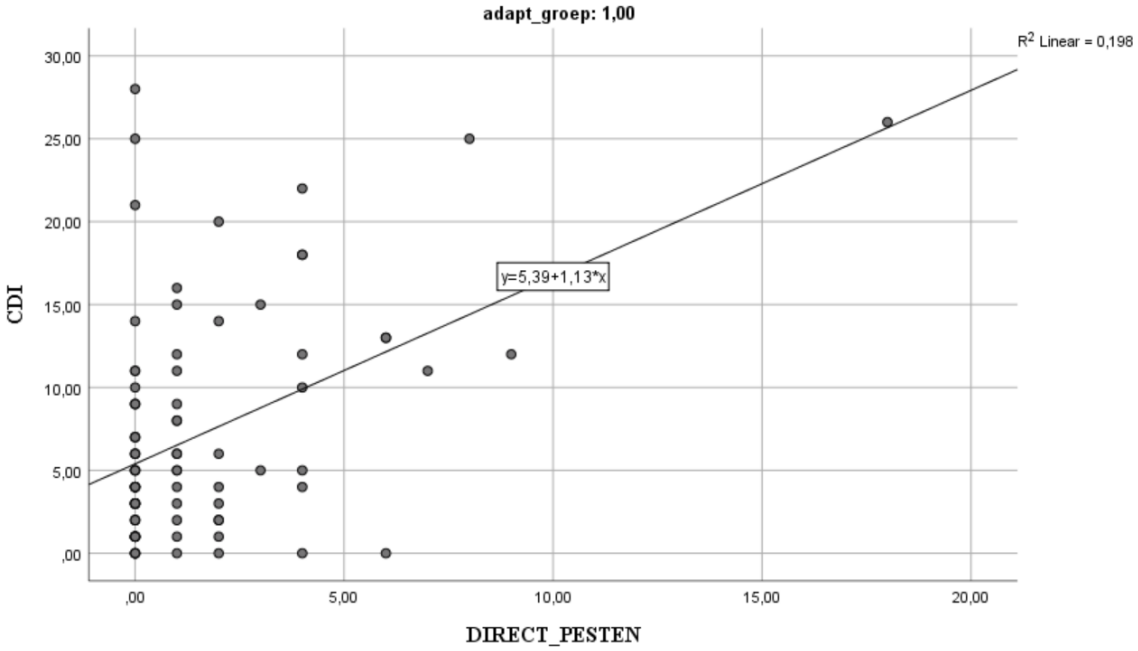
$* p < .05$, $** p < .01$, $*** p < .001$

In wat volgt gaan dieper in op de interactie tussen adaptieve ER-strategieën en direct pesten op depressieve symptomen . Om deze interactie te interpreteren, deelden we de continue variabele ‘adaptieve ER-strategieën’ op in een categorische variabele bestaande uit 2 groepen, namelijk een groep met lage adaptieve strategieën en een groep met hoge adaptieve strategieën aan de hand van een ‘median split procedure’.

Hiervoor kijken we naar figuur 2 en figuur 3. Verdere analyses tonen aan dat het verband tussen direct pesten en depressieve symptomen op T3 sterker is in de groep met hoge adaptieve emotieregulatiestrategieën ($r(90) = .445$, $p < .001$) dan bij de groep met lage adaptieve ER-strategieën ($r(87) = .214$, $p = .046$). In figuur 2 en figuur 3 wordt het verband tussen direct pesten en depressieve symptomen weergegeven en dit respectievelijk voor de groep met lage adaptieve strategieën en de groep met hoge adaptieve strategieën.



Figuur 2: samenhang direct pesten en depressieve symptomen (CDI) op T3 voor de groep met lage adaptieve ER-strategieën



Figuur 3: samenhang direct pesten en depressieve symptomen (CDI) op T3 voor de groep met hoge adaptieve ER-strategieën

Ook wordt binnen onderzoeksvraag 3 de modererende rol van ER-strategieën op de relatie tussen **indirect pesten** en depressieve symptomen onder de loep genomen (tabel 6). Hetzelfde basismodel zoals bij voorgaand besproken onderzoeksvragen wordt gemodelleerd. Vervolgens wordt een tweede model gemodelleerd. Model 2 omvat de variabelen indirect pesten op meetmoment 1, adaptieve ER-strategieën op meetmoment 1 en maladaptieve ER-strategieën op meetmoment 1. We zien dat model 2 niet significant beter is in het voorspellen van de uitkomst dan model 1 (*F change*(3,170) = 2.22, *p* = .087). Ook zien we dat het tweede model geen significante hoeveelheid variantie verklaart bovenop het basismodel (R^2 *change* = .03). Vervolgens gaan we nader in op de afzonderlijke variabelen van model 2. We zien dat, ook hier, enkel adaptieve ER-strategieën op meetmoment 1 een significant effect heeft op depressieve symptomen op meetmoment 3 (β = -.17, *p* = .023). Vervolgens wordt ook een derde model gemodelleerd. Dit derde model bevat 2 interactietermen, namelijk de interactieterm adaptieve ER-strategieën op meetmoment 1 x indirect pesten op meetmoment 1 en de interactieterm maladaptieve ER-strategieën op meetmoment 1 x indirect pesten op meetmoment 1. Uit de analyses komt naar voor dat het derde model significant beter is in het voorspellen van de uitkomst dan model 2 (*F change*(2,168) =

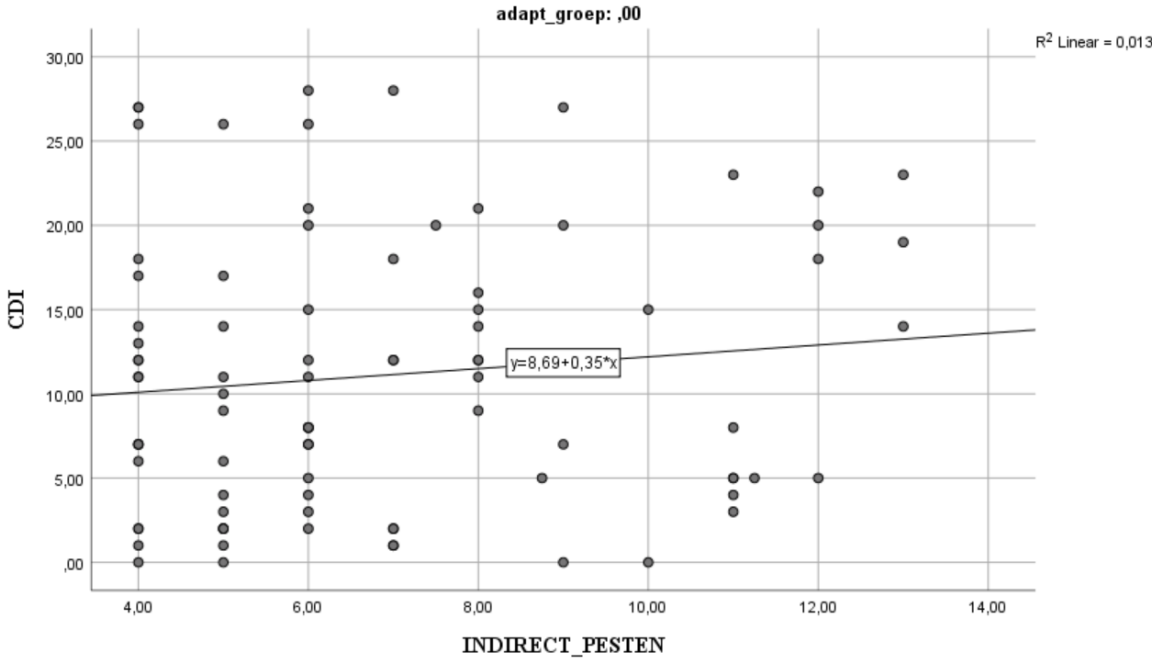
5.93, p = .003). Verder zien we ook dat model 3 een significante hoeveelheid variantie verklaart bovenop het tweede model (R^2 *change*=.05). Wanneer we de interactietermen afzonderlijk bekijken, zien we dat enkel de interactieterm adaptieve ER-strategieën op meetmoment 1 x indirect pesten op meetmoment 1 een significant effect heeft op depressieve symptomen op meetmoment 3 (β = .16, p = .017).

Tabel 6. Rol ER op de relatie tussen indirect pesten en depressieve symptomen op T3

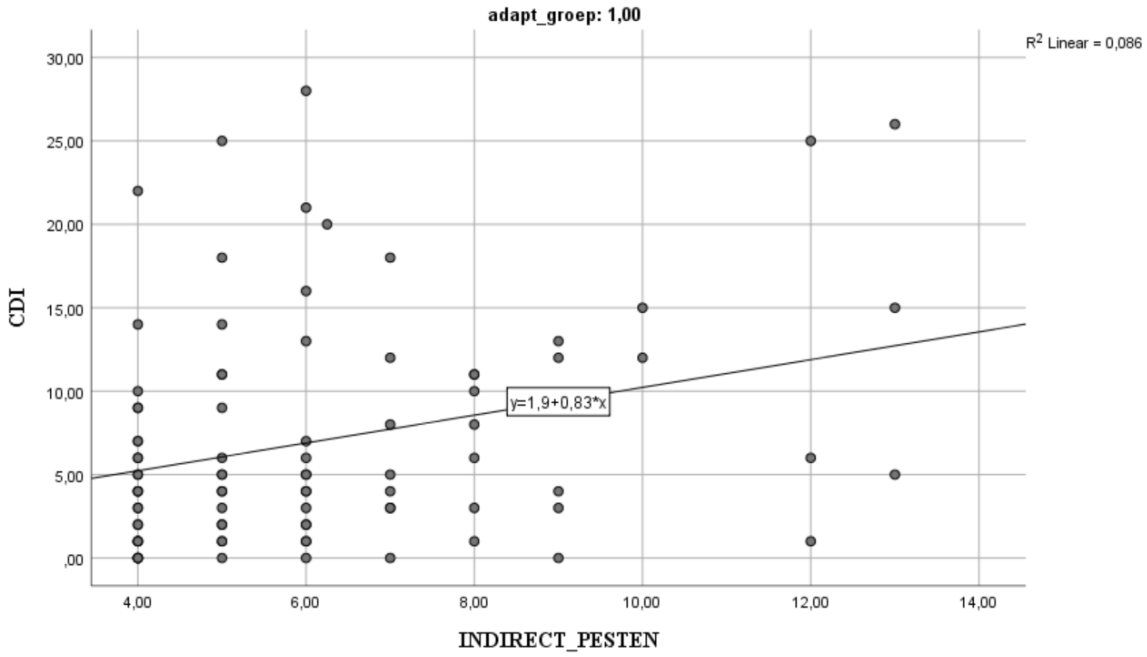
	N	B	SE B	β	t	F change	R^2 change
AV: Depressieve symptomen T3							
Model 1						35.30***	.29***
Geslacht	176	-2.01	1.01	-.13	-1.99*		
Depressieve symptomen T0	176	.62	.08	.51	7.89***		
Model 2						2.22	.03
Indirect pesten T0	176	-.22	.23	-.07	-.98		
Adaptieve ER T0	176	-.05	.02	-.17	-2.30*		
Maladaptieve ER T0	176	.06	.05	.09	1.16		
Model 3						5.93**	.05**
Adaptieve ER T0 x Indirect pesten T0	176	1.11	.46	.16	2.41*		
Maladaptieve ER T0 x Indirect pesten T0	176	.78	.41	.12	1.89		

*$p < .05$, **$p < .01$, ***$p < .001$

We gaan dieper in op de interactie tussen indirect pesten en adaptieve ER-strategieën op depressieve symptomen op T3. We kijken hiervoor naar figuur 4 en figuur 5, waarin het verband tussen indirect pesten en depressieve symptomen weergegeven wordt, en dit respectievelijk voor de groep met lage adaptieve strategieën en de groep met hoge adaptieve strategieën. Uit de verdere analyses komt naar voor dat het verband tussen indirect pesten en depressieve symptomen op T3 sterker is in de groep met hoge adaptieve emotieregulatiestrategieën (r(90) = .293, p = .005) dan bij de groep met lage adaptieve ER-strategieën (r(87) = .115, p = .288).



Figuur 4: samenhang indirect pesten en depressieve symptomen (CDI) op T3 voor de groep met lage adaptieve ER-strategieën



Figuur 5: samenhang indirect pesten en depressieve symptomen (CDI) op T3 voor de groep met hoge adaptieve ER-strategieën

Analyses met betrekking tot angstsymptomen.

Rechtstreekse analyses.

Onderzoeksvraag 4: De vierde onderzoeksvraag gaat na of er een significante samenhang is tussen (in)direct pesten en angstsymptomen, en meer specifiek of er sprake is van een toename van angstsymptomen over 6 maanden heen, samenhangend met victimisatie van pesten op meetmoment 1. Ook hier wordt een onderscheid gemaakt tussen direct pesten en indirect pesten. We gaan van start met de samenhang tussen direct pesten en angstsymptomen (tabel 7). Er wordt opnieuw een basismodel gemodelleerd die de controlevariabelen omvat. Zoals besproken in de preliminaire analyses weten we dat angstsymptomen op meetmoment 1 als controlevariabele meegenomen dient te worden voor angstsymptomen op meetmoment 3. Uit de analyses komt naar voor dat het basismodel, model 1, significant beter is in het voorspellen van de uitkomst in vergelijking met toeval (*F change*(1,175) = 37.50, $p < .001$). Vervolgens wordt een tweede model gemodelleerd, dat bovenop de controlevariabele de onafhankelijke variabele direct pesten op meetmoment 1 omvat. We zien dat het tweede model niet significant beter is in het voorspellen van de uitkomst in vergelijking met model 1 (*F change*(1,174) = 1.65, $p = .201$). Ook verklaart het tweede model geen significante hoeveelheid bijkomende variantie bovenop het eerste model (R^2 *change* = .01). Direct pesten op meetmoment 1 hangt niet significant samen met angstsymptomen op meetmoment 3 ($\beta = .09$, $p = .201$).

Tabel 7. Samenhang direct pesten en angstsymptomen

	N	B	SE B	β	t	F change	R^2 change
AV: Angstsymptomen T3							
Model 1						37.50***	.18***
Angst Symptomen T0	177	.47	.08	.42	6.12***		
Model 2						1.65	.01
Direct pesten T0	177	.22	.17	.09	1.28		

*$p < .05$, **$p < .01$, ***$p < .001$

Vervolgens bekijken we, binnen onderzoeksvraag 1 de samenhang tussen indirect pesten op meetmoment 1 en angstsymptomen op meetmoment 3 (Tabel 8). Ook hier werd hetzelfde basismodel gemodelleerd. Het tweede model omvat hier, bovenop het basismodel, de onafhankelijke variabele indirect pesten op meetmoment 1. We zien dat het tweede model niet significant beter is in het voorspellen van de uitkomst dan het eerste model (*F change*(1,174) = 2.54, *p* = .113). Ook zien we dat het tweede model geen significante hoeveelheid bijkomende variantie verklaart bovenop het basismodel (R^2 *change* = .01). Indirect pesten op meetmoment 1 hangt niet significant samen met angstsymptomen op meetmoment 3 (β = .12, *p* = .113).

Tabel 8. Samenhang indirect pesten en angstsymptomen

	N	B	SE B	β	t	F change	R^2 change
AV: Angstsymptomen T3							
Model 1						37.50***	.18***
Angst Symptomen T0	177	.47	.08	.42	6.12***		
Model 2						2.54	.01
Indirect pesten T0	177	.28	.17	.12	1.60		

** p < .05, ** p < .01, *** p < .001*

Onderzoeksvraag 5: De vijfde onderzoeksvraag gaat na of het gebruik maken van bepaalde ER-strategieën samenhangt met de mate van angstsymptomen en of er sprake is van een toename van angstsymptomen over 6 maanden heen, samenhangend met de gebruikte ER-strategieën op meetmoment1 (Tabel 9). Ook hier wordt een basismodel gemodelleerd met de controlevariabele angst op meetmoment 1. We zien dat het basismodel significant beter is in het voorspellen van de uitkomst in vergelijking met toeval (*F change*(1,174) = 35.16, *p* < .001). Het tweede model omvat bovenop het basismodel de twee onafhankelijke variabelen adaptieve ER-strategieën op meetmoment 1 en maladaptieve ER-strategieën op meetmoment 1. Het tweede model is niet beter in het voorspellen van de uitkomst in vergelijking met het eerste model (*F change*(2,172) = 2.29, *p* = .104). Ook verklaart het tweede model geen significante hoeveelheid bijkomende variantie bovenop het basismodel (R^2 *change* = .02). Vervolgens gaan we

nader in op de verschillende variabelen van het tweede model. Uit de analyses komt naar voor dat enkel adaptieve ER-strategieën op meetmoment 1 significant samenhangt met angstsymptomen op meetmoment 3 (β = -.16, p = .047). We zien dus een significante negatieve samenhang tussen het gebruik maken van adaptieve ER-strategieën op meetmoment 1 en angstsymptomen op meetmoment 3.

Tabel 9. Samenhang ER-strategieën en angstsymptomen

	N	B	SE B	β	t	F change	R^2 change
AV: Angstsymptomen T3							
Model 1						35.16***	.17***
Angst Symptomen T0	176	.46	.08	.41	5.93***		
Model 2						2.29	.02
Adaptief ER T0	176	-.04	.02	-.16	-2.00*		
Maladaptief ER T0	176	-.01	.04	-.01	-.15		

** p < .05, ** p < .01, *** p < .001*

Moderatieanalyses.

Onderzoeksvraag 6: De zesde en laatste onderzoeksvraag gaat na of het gebruik maken van bepaalde ER-strategieën een modererende rol speelt op de relatie tussen pesten op meetmoment 1 en angstsymptomen op meetmoment 3. Er wordt opnieuw een opdeling gemaakt tussen het moderatie effect van ER-strategieën op de relatie tussen direct pesten en angstsymptomen enerzijds, en het moderatie effect van ER-strategieën op de relatie tussen indirect pesten en angstsymptomen anderzijds. We gaan van start met **direct pesten** (tabel 10). Hetzelfde basismodel wordt opnieuw gemodelleerd. We weten reeds dat dit model beter is in het verklaren van de uitkomst in vergelijking met toeval. Het tweede model omvat, bovenop het basismodel, de variabelen adaptieve ER-strategieën op meetmoment 1, maladaptieve ER-strategieën op meetmoment 1 en direct pesten op meetmoment 1. Uit de analyses komt naar voor dat het tweede model niet significant beter is in het voorspellen van de uitkomst in vergelijking met model 1 (F *change*(3,171) = 2.28, p = .081). Verder zien we ook dat het tweede model geen significante hoeveelheid bijkomende variantie verklaart bovenop het basismodel (R^2

change = .03). Wanneer we naar de afzonderlijke variabelen kijken van het tweede model, zien we dat geen van de variabelen significant samenhangt met angstsymptomen op meetmoment 3. Wel zien we dat adaptieve ER-strategieën op meetmoment 1 trendsignificant samenhangt met angstsymptomen op meetmoment 3, (β = -.16, p = .054). Vervolgens wordt een derde model gemodelleerd. Dit derde model omvat bovenop model 2 twee interactietermen, namelijk adaptieve ER-strategieën op meetmoment 1 x direct pesten op meetmoment 1 en maladaptieve ER-strategieën op meetmoment 1 x direct pesten op meetmoment 1. Het derde model is significant beter in het voorspellen van de uitkomst in vergelijking met het tweede model (*F change*(2,169) = 4.13, p = .018). Ook verklaart het derde model een significante hoeveelheid variantie bovenop het tweede model (R^2 *change* = .04). Wanneer we echter naar de afzonderlijke interactietermen kijken zien we dat geen van beide een significant effect heeft.

Tabel 10. Rol ER op de relatie tussen direct pesten en angstsymptomen op T3

	N	B	SE B	β	t	F change	R^2 change
AV: Angstsymptomen T3							
Model 1						35.16***	.17***
Angst symptomen T0	176	.46	.08	.41	5.93***		
Model 2						2.28	.03
Direct pesten T0	176	.26	.18	.11	1.50		
Adaptieve ER T0	176	-.04	.02	-.16^T	-1.94		
Maladaptieve ER T0	176	-.02	.04	-.05	-.57		
Model 3						4.13*	.04*
Adaptieve ER T0 x Direct pesten T0	176	.27	.47	.06	.59		
Maladaptieve ER T0 x Direct pesten T0	176	.52	.40	.18	1.49		

$^*p < .05$, $^{**}p < .01$, $^{***}p < .001$

Vervolgens gaan we nader in op de modererende rol van ER-strategieën op de relatie tussen **indirect pesten** op meetmoment 1 en angstsymptomen op meetmoment 3

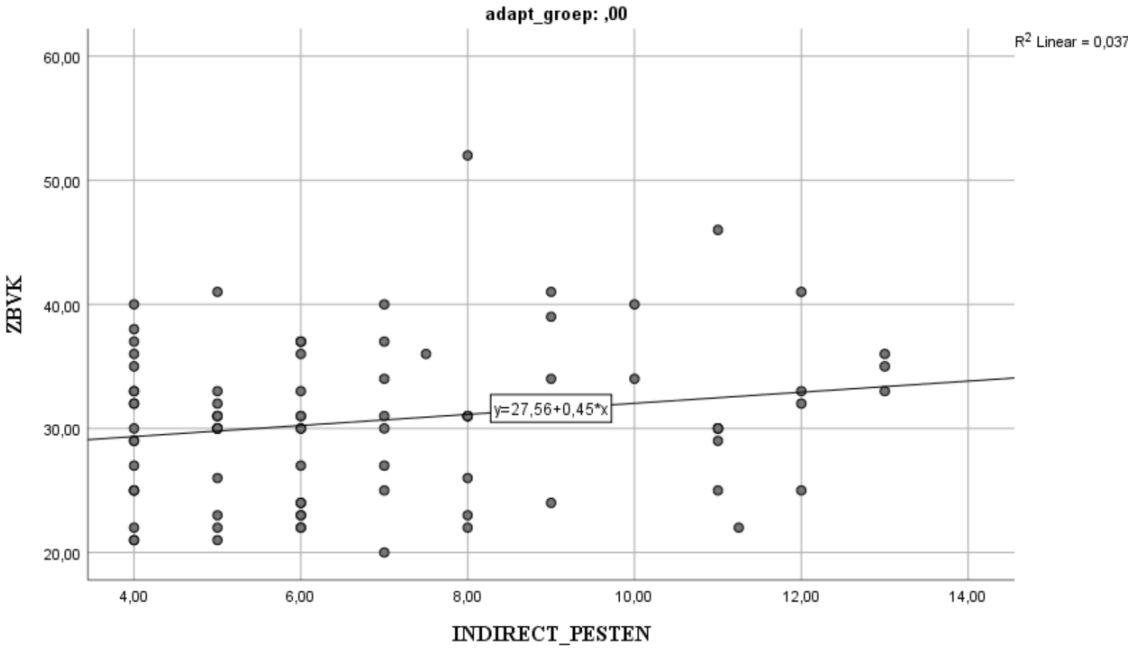
(tabel 11). Hetzelfde basismodel wordt gemodelleerd. Vervolgens wordt een tweede model gemodelleerd. Het tweede model omvat de variabelen adaptieve ER-strategieën op meetmoment 1, maladaptieve ER-strategieën op meetmoment 1 en indirect pesten op meetmoment 1. Het tweede model is niet significant beter in het voorspellen van de uitkomst in vergelijking met het eerste model (*F change*(3,171) = 2.57, *p* = .056). Wel kan gezegd worden dat het tweede model trendsignificant beter is in het voorspellen van de uitkomst in vergelijking met toeval. Het tweede model verklaart een trendsignificante hoeveelheid variantie bovenop het eerste model (R^2 *change* = .04). Wanneer we naar de variabelen afzonderlijk kijken, zien we dat geen van de variabelen significant samenhangt met angstsymptomen op meetmoment 3. Vervolgens wordt een derde model gemodelleerd. Dit derde model omvat bovenop het tweede model de interactietermen adaptieve ER-strategieën op meetmoment 1 x indirect pesten op meetmoment 1 en maladaptieve ER-strategieën op meetmoment 1 x indirect pesten op meetmoment 1. Het derde model is significant beter in het voorspellen van de uitkomst in vergelijking met het tweede model (*F change* (2,169) = 4.02, *p* = .020). Ook verklaart het derde model een significante hoeveelheid variantie bovenop de verklaarde variantie door het tweede model (R^2 *change* = .04). Wanneer we naar de afzonderlijke interactietermen kijken zien we dat de interactieterm adaptieve ER-strategieën op meetmoment 1 x indirect pesten op meetmoment 1 significant samenhangt met angstsymptomen op meetmoment 3 (β = .19, *p* = .010).

Tabel 11. Rol ER op de relatie tussen indirect pesten en angstsymptomen op T3

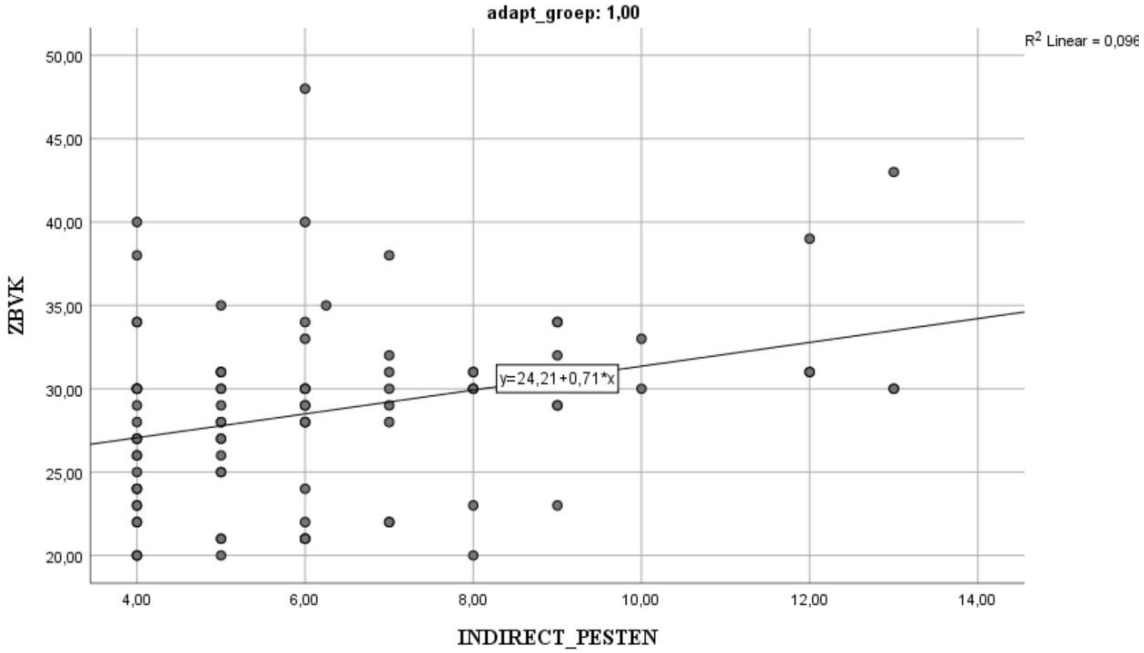
	N	B	SE B	β	t	F change	R^2 change
AV: Angstsymptomen T3							
Model 1						35.16***	.17***
Angst symptomen T0	176	.46	.08	.41	5.93***		
Model 2						2.57T	.04
Indirect pesten T0	176	.30	.17	.13	1.75		
Adaptieve ER T0	176	-.04	.02	-1.60	-1.99		
Maladaptieve ER T0	176	-.01	.04	-.02	-.26		
Model 3						4.02*	.04*
Adaptieve ER T0 x Indirect pesten T0	176	1.00	.38	.19	2.62*		
Maladaptieve ER T0 x Indirect pesten T0	176	.17	.34	.03	.49		

*$p < .05$, **$p < .01$, ***$p < .001$

In wat volgt gaan dieper in op de interactie tussen adaptieve ER-strategieën en indirect pesten op angstsymptomen . Om deze interactie te interpreteren, deelden we ook hier de continue variabele ‘adaptieve ER-strategieën’ op in een categorische variabele bestaande uit 2 groepen, een groep met lage adaptieve strategieën en een groep met hoge adaptieve strategieën aan de hand van een ‘median split procedure’. We zien dat het verband tussen indirect pesten en angstsymptomen op T3 sterker is in de groep met hoge adaptieve emotieregulatiestrategieën ($r(90) = .310$, $p = .003$) dan bij de groep met lage adaptieve ER-strategieën ($r(87) = .191$, $p = .076$). In figuur 6 en figuur 7 wordt het verband tussen indirect pesten en angstsymptomen weergegeven en dit respectievelijk voor de groep met lage adaptieve strategieën en de groep met hoge adaptieve strategieën.



Figuur 6: samenhang indirect pesten en angstsymptomen (ZBVK) op T3 voor de groep met lage adaptieve ER-strategieën



Figuur 7: samenhang indirect pesten en angstsymptomen (ZBVK) op T3 voor de groep met hoge adaptieve ER-strategieën

Discussie

Pesten is een vaak voorkomend fenomeen (Nansel et al., 2001) en victimisatie van pesten wordt geassocieerd met meerdere psychopathologieën, zoals depressie, suïcidaliteit en angststoornissen (Klomek et al., 2007; Copeland et al., 2013). Verder wordt de adolescentie gekenmerkt door emotionele instabiliteit alsook variabiliteit met betrekking tot gemoedstoestand (Vink, Derks, Hoogendam, Hillegers & Kahn, 2014). Wanneer de link met ER nader onderzocht werd, kwam naar voor dat ER in verband staat met zowel psychopathologieën als met pesten. Het gebruik maken van bepaalde ER-strategieën bleek een transdiagnostische factor te zijn die een belangrijke rol speelt in het al dan niet ontwikkelen van een brede range aan psychopathologieën (McLaughlin, Hatzenbuehler, Mennin & Nolen-Hoeksema, 2011). In deze thesis werden enerzijds de rechtstreekse relaties tussen pesten en depressieve- en angstsymptomen alsook de relaties tussen ER-strategieën en depressieve-en angstsymptomen nagegaan. Anderzijds werd dieper ingegaan op de al dan niet modererende rol van ER-strategieën op de relatie tussen pesten en depressieve- en angstsymptomen.

Bespreking van de Resultaten

Onderzoeksvraag 1: De eerste onderzoeksvraag ging na of er een samenhang is tussen de mate van victimisatie van pesten en depressieve symptomen. Vervolgens ging deze onderzoeksvraag dieper in op de vraag of er sprake is van een toename van depressieve symptomen over 6 maanden heen ten gevolge van victimisatie van pesten. Onze hypothese stelde dat er, zowel voor direct als voor indirect pesten een significante samenhang zou zijn met depressieve symptomen. Uit de correlatietabel kwam naar voor dat zowel **direct** alsook **indirect** pesten significant samenhangt met depressieve symptomen. Dit sluit aan bij de cross-sectionele studie van Klomek, Marrocco, Kleinman, Schonefeld en Gould (2007) waarin reeds aangetoond werd dat er een duidelijke samenhang is tussen victimisatie van pesten en een verhoogd risico op een depressie in vergelijking met diegenen die nooit eerder met pesterijen in contact zijn gekomen. Wanneer we vervolgens dieper ingingen op de vraag of er sprake is van een toename van depressieve symptomen ten gevolge van victimisatie van pesten, kwam uit

de hiërarchische regressieanalyse naar voor dat **direct pesten** op meetmoment 1 niet significant samenhangt met een toename van depressieve symptomen. Ook voor **indirect pesten** werd geen significante samenhang gevonden. Dit resultaat sluit niet aan bij onze hypothese alsook niet bij voorafgaand onderzoek. Zo kwam uit het onderzoek van Fekkes, Pijpers, Fredriks, Vogels en Verloove-Vanhorick (2006), een prospectieve cohortstudie die onder andere de relatie tussen pesten en depressie naging, naar voor dat slachtoffers van pesten een significant hogere kans hebben op het ontwikkelen van een depressie.

Een *eerste mogelijke verklaring* voor het feit dat dit deel van onze hypothese alsook het onderzoek van Fekkes et al. (2006) niet bevestigd wordt is de steekproefgrootte. Terwijl er in onze studie sprake is van 208 participanten, zijn dit er in de studie van Fekkes et al. (2006) 1118. In vergelijking met deze studie zien we dat onze studie veel kleinschaliger is.

Een *tweede mogelijke verklaring* voor het feit dat dit deel van onze hypothese alsook het onderzoek van Fekkes et al. (2006) niet bevestigd wordt, is de operationalisering van depressieve -en angstsymptomen. Binnen onze studie worden depressieve symptomen geoperationaliseerd aan de hand van de CDI (CDI; Timbremont, Braet & Roelofs, 2002). In de studie van Fekkes et al. (2006) wordt gebruik gemaakt van een korte versie van de CDI. Het feit dat depressieve symptomen op verschillende manieren geoperationaliseerd wordt heeft mogelijk een invloed op de resultaten van de studies.

Een belangrijke vermelding bij deze resultaten is dat de scores op pesten binnen onze studie in het algemeen eerder laag waren. Voor direct pesten lagen de scores binnen onze studie tussen 0 en 18. Voor indirect pesten lagen de scores binnen deze studie tussen 2,50 en 14. Dit terwijl de maximum te behalen score voor direct pesten gemeten aan de hand van de KRV (KRV; Liebrand, van IJzendoorn, & van Lieshout, 1991) 35 is, en dit voor indirect pesten 25 is. We zien dus dat binnen deze studie geen enkele leerling in de buurt van deze scores komt. Dit is mogelijk te wijten aan het feit dat adolescenten nog volop veranderingen ervaren op sociaal-emotioneel vlak en dat de transitie naar een nieuwe school met zich mee brengt dat de relatie met leeftijdsgenoten nog niet volledig vorm gekregen heeft (Roeser, Eccles & Sameroff, 2000).

Onderzoeksvraag 2: In onze tweede onderzoeksvraag werd nagegaan of er een significante samenhang is tussen ER-strategieën en depressieve symptomen. Vervolgens werd nader bekeken of er sprake is van een toename van depressieve symptomen over 6 maanden heen, ten gevolge van de gebruikte ER-strategieën op meetmoment 1. Wanneer we naar de resultaten kijken zien we een correlationeel significant verband tussen zowel adaptieve als maladaptieve ER-strategieën en depressieve symptomen. Dit sluit aan bij voorgaand onderzoek alsook bij onze hypothesen. Vervolgens werd eerst gekeken of er sprake is van een toename in depressieve symptomen over 6 maanden heen ten gevolge van het gebruik maken van **adaptieve ER-strategieën.** Voorafgaand onderzoek toonde reeds aan dat mensen met een depressie moeilijkheden hebben met het toepassen van adaptieve ER-strategieën (Berking & Wupperman, 2012). Meer specifiek vond de studie van Garnefski, Legerstee, Kraaij, van den Kommer en Teerds (2002) significant negatief verband tussen positief herinterpreteren en depressieve symptomen. Verder vond de studie van Garnefski, Boon en Kraaij (2003) een dat positieve herevaluatie een significante negatieve voorspeller is voor depressieve symptomen. Onze hypothese was dat er sprake zou zijn van toename van depressieve symptomen ten gevolge van lage scores op adaptieve ER-strategieën, of dat er een afname zou zijn van depressieve symptomen ten gevolge van hoge scores op adaptieve ER-strategieën. De resultaten bevestigden onze hypothese en sluiten aan bij voorafgaand onderzoek. Vervolgens werd hetzelfde bekeken voor **maladaptieve ER-strategieën**. Onze hypothese was dat er sprake zou zijn van een toename van depressieve symptomen ten gevolge van hoge scores op maladaptieve ER-strategieën, of dat er sprake zou zijn van een afname van depressieve symptomen ten gevolge van lage scores op maladaptieve ER-strategieën. Deze hypothese werd echter niet bevestigd. Ons resultaat sluit ook niet aan bij voorgaande review van Berking & Wupperman (2012) waarin men stelde dat het gebruik maken van maladaptieve ER-strategieën predictief is voor het al dan niet ontwikkelen van een depressie. Ook zagen we reeds dat Garnefski, Legerstee, Kraaij, van den Kommer en Teerds (2002) een onderzoek deden naar de relatie tussen cognitieve copingstrategieën en depressieve -en angstsymptomen. In deze studie kwam naar voor dat ruminatie, catastroferen en het jezelf de schuld geven het meest predictief waren voor depressieve symptomen.

Een *eerste mogelijke verklaring* voor het niet bevestigen van onze hypothese

dat maladaptieve ER-strategieën positief samenhangen met depressieve symptomen is het feit dat onze studie de focus legt op maladaptieve ER-strategieën in het algemeen en niet ingaat op de specifieke substrategieën. De studie van Garnefski, Legerstee, Kraaij, van den Kommer en Teerds (2002) deed dit echter wel.

Een *tweede mogelijke verklaring* voor het feit dat onze hypothese alsook voorgaand onderzoek niet bevestigd werd is de manier waarop depressieve symptomen geoperationaliseerd werden. Binnen onze studie werden depressieve symptomen geoperationaliseerd aan de hand van de CDI (CDI; Timbremont, Braet & Roelofs, 2002). De studie van Garnefski, Legerstee, Kraaij, van den Kommer en Teerds (2002) operationaliseerden depressieve symptomen aan de hand van de SCL-90 (Symptom Check List: Derogatis, 1977; Dutch translation and adaptation by Arrindell en Ettema, 1986).

Onderzoeksvraag 3: De derde onderzoeksvraag ging na of ER als moderator fungeert binnen de relatie tussen pesten en depressieve symptomen. Ook hier werd een onderscheid gemaakt tussen direct en indirect pesten. Aansluitend bij de studie van Garnesfki en Kraaij (2014) werd verwacht dat het gebruik maken van bepaalde ER-strategieën een invloed zou uitoefenen op de relatie tussen victimisatie van pesten en depressieve symptomen. Meer specifiek werd verwacht dat het gebruik maken van adaptieve ER-strategieën de relatie tussen (in)direct pesten en depressieve symptomen zou afzwakken. Verder werd verwacht dat het gebruik maken van maladaptieve ER-strategieën de relatie tussen (in)direct pesten en depressieve symptomen zou versterken. Wanneer we dieper ingaan op de gevonden resultaten met betrekking tot de modererende rol van ER op de relatie tussen **direct** pesten en depressieve symptomen, vonden we zoals verwacht dat adaptieve ER-strategieën een significante modererende rol spelen in de relatie tussen direct pesten en depressieve symptomen. Er werd echter geen significant effect gevonden voor maladaptieve symptomen. Wanneer we dieper ingaan op de modererende rol van ER-strategieën op de relatie tussen **indirect** pesten en depressieve symptomen, zagen we ook hier zoals verwacht een significant effect van adaptieve ER-strategieën op de relatie tussen indirect pesten en depressieve symptomen. Echter werd ook hier geen significant effect van maladaptieve symptomen op deze relatie gevonden. Dit laatste resultaat is opvallend en gaat tegen onze verwachtingen in.

Dit gezien de rol van voornamelijk maladaptieve ER-strategieën in voorgaande studies als meest relevant beschouwd wordt. Vervolgens werden extra analyses uitgevoerd om de gevonden interactietermen te interpreteren. Er werd een independent samples t-test uitgevoerd. Aan de hand van deze analyse zien we dat jonge adolescenten met lage adaptieve ER-strategieën (M=11.10, SD=8.10), onafhankelijk van al dan niet gepest worden, gemiddeld een hogere CDI-score hebben dan jongeren met hoge adaptieve ER-strategieën (M=7.10, SD=6.71).

Een *eerste mogelijke verklaring* voor het feit dat niet alle subhypothesen van deze onderzoeksvraag bevestigd werden, is het feit dat we in deze studie geen onderscheid maakten tussen de specifieke subschalen van adaptieve noch van maladaptieve ER-strategieën. Er werd enkel gebruik gemaakt van de overkoepelende schalen adaptieve en maladaptieve ER-strategieën. De meeste studies alsook de studie van Garnefski & Kraaij (2014) gaan echter wel dieper in op de subschalen.

Een *tweede mogelijke verklaring* voor het niet bevestigen van alle vooropgestelde hypothesen door onze studie, is de gehanteerde steekproefgrootte. Onze studie omvat 208 participanten, terwijl dit bij de studie van Garnefski en Kraaij (2014) 582 is.

Een *derde en laatste mogelijke verklaring* is de opzet van onze studie. Dit is een longitudinale studie, terwijl de opzet van de studie van Garnefski en Kraaij (2014) cross-sectioneel is. Dit heeft mogelijk een invloed op de bekomen resultaten. In de studie van Garnefski en Kraaij (2014) kunnen er dus geen uitspraken gedaan worden over de richting alsook de causaliteit van de gevonden verbanden. Dit heeft mogelijk een invloed op het feit dat er in voorgaande cross-sectionele studies wel significante effecten gevonden werden voor de rol van maladaptieve ER-strategieën maar dat dit in onze studie echter niet het geval is.

Onderzoeksvraag 4: In vierde onderzoeksvraag werd gekeken of er een significante relatie is tussen victimisatie van pesten en angstsymptomen. Vervolgens werd ook nagegaan of er sprake is van een toename van angstsymptomen ten gevolge van victimisatie van pesten. Er werd ook hier een onderscheid gemaakt tussen direct en indirect pesten. Voor zowel direct als indirect pesten werd verwacht dat een significante samenhang zou zijn tussen pesten op en angstsymptomen. Ook werd verwacht dat er

sprake zou zijn van een toename van angstsymptomen ten gevolge van victimisatie van pesten. Onze hypothese sloot aan bij voorgaand onderzoek van Copeland et al. (2013), waarin slachtoffers van pesten verhoogde scores rapporteerden op agorafobie, gegeneraliseerde angststoornis en paniekstoornis in de adolescentie. Verder sloot onze hypothese ook aan bij het onderzoek van Fekkes, Pijpers, Fredriks, Vogels en Verloove-Vanhorick (2006), waaruit naar voor kwam dat slachtoffers van pesten een significant hogere kans hebben op het ontwikkelen van een angststoornis. Uit onze correlatietabel kwam een significante samenhang naar voor tussen zowel direct als indirect pesten met angstsymptomen. Dit sluit dus aan bij onze hypothesen alsook bij voorgaande literatuur. Vervolgens werd gekeken of er sprake is van een toename van angstsymptomen ten gevolge van victimisatie van pesten. Uit onze resultaten kwam naar voor dat dit voor noch **direct pesten** noch **indirect pesten** het geval was. Dit resultaat komt niet overeen met onze vooropgestelde hypothese alsook niet met voorgaande literatuur.

Een eerste mogelijke verklaring voor het feit dat onze resultaten niet aansluiten bij deze van Copeland et al. (2013) is dat we binnen onze studie gebruik maakten van de ZBVK (ZBV-K; Bakker, van Wieringen, van der Ploeg & Spielberger, 1989)) waarbij de focus in deze studie enkel op angstdispositie lag. Er werd geen verdere opdeling gemaakt in de verschillende soorten angststoornissen. In de studie van Fekkes et al. (2006) werd gebruik gemaakt van een selectie van items van de KIVPA (KIVPA; Bos, Ede, & Maarsingh, 2004) om angstsymptomen te operationaliseren. KIVPA staat voor Korte Indicatieve Vragenlijst Psychosociale problematiek Adolescenten. Het feit dat angstsymptomen op verschillende manieren geoperationaliseerd wordt heeft mogelijk een invloed op de resultaten van de studies.

Een tweede mogelijke verklaring voor het ontbreken van deze link is de steekproefgrootte. Wanneer we onze studie (N=208) vergelijken met deze van Copeland et al. (2013) (N=1420), zien we dat onze studie veel kleinschaliger is. Ook wanneer we vergelijken met de studie van Fekkes et al. (2006) (N=1118) zien we dat onze studie veel kleinschaliger is.

Een derde mogelijke verklaring is het feit dat we in onze studie enkel gebruik maken van zelfbeoordelingsvragenlijsten die door onze deelnemende participanten ingevuld werden, terwijl het onderzoek van Copeland et al. (2013) multi-informant te werk gaat en zowel informatie verzamelt bij de participanten alsook een ouder van de

participanten. Dit heeft mogelijk een invloed op de informatie die verworven wordt.

Een vierde mogelijke verklaring is leeftijd. De participanten in onze studie bevonden zich in de leeftijdscategorie 11 tot 14 jaar. De zelfbeoordelingsvragenlijsten werden op verschillende meetmomenten afgenomen, met telkens 3 maanden tussen. In de studie van Copeland et al. (2013) wordt de informatie ook op verschillende meetmomenten verzameld. De dataverzameling werd meermaals gedaan wanneer de participanten binnen de leeftijdscategorie van 9 tot 16 vielen. Echter werd de dataverzameling opnieuw gedaan op een follow-up moment waarbij de leeftijd van de participanten tussen de 19 en 21 jaar viel en nogmaals wanneer de participanten tussen de 24 en 26 jaar oud waren. Er wordt een grotere leeftijdsrange gehanteerd, wat mogelijk een invloed heeft op de resultaten.

Ook hier is het belangrijk om te refereren naar het feit dat de scores op pesten binnen onze studie in het algemeen eerder laag waren, wat mogelijk te wijten is aan het feit dat adolescenten nog volop veranderingen ervaren op sociaal-emotioneel vlak en dat de transitie naar een nieuwe school met zich mee brengt dat de relatie met leeftijdsgenoten nog niet volledig vorm gekregen heeft (Roeser, Eccles & Sameroff, 2000).

Onderzoeksvraag 5: De vijfde onderzoeksvraag ging na of het gebruik maken van bepaalde ER-strategieën geassocieerd is met de mate van angstsymptomen. Vervolgens werd nagegaan of er sprake is van een toename van angstsymptomen ten gevolge van de gebruikte ER-strategieën op meetmoment 1. We verwachtten een significant negatief verband tussen het gebruik maken adaptieve ER-strategieën en angstsymptomen. Ook verwachtten we een significant positief verband tussen het gebruik maken van maladaptieve ER-strategieën en angstsymptomen. Verder werd verwacht dat er sprake zou zijn van toename van angstsymptomen ten gevolge van lage scores op adaptieve ER-strategieën, of dat er een afname zou zijn van angstsymptomen ten gevolge van hoge scores op adaptieve ER-strategieën. Vervolgens werd hetzelfde bekeken voor maladaptieve ER-strategieën. Onze hypothese was dat er sprake zou zijn van een toename van angstsymptomen ten gevolge van hoge scores op maladaptieve ER-strategieën, of dat er sprake zou zijn van een afname van angstsymptomen ten gevolge van lage scores op maladaptieve ER-strategieën. Eerst werd ingegaan op de relatie

tussen **adaptieve ER-strategieën** en angstsymptomen. De studie van Garnefski, Legerstee, Kraaij, van den Kommer en Teerds (2002) vond een significant negatief verband tussen positief herinterpreteren en angstsymptomen. Vervolgens werd dieper ingegaan op de relatie tussen **maladaptieve ER-strategieën** en angstsymptomen. In de review van Berking & Wupperman (2012) werd reeds aangegeven dat mensen met een gegeneraliseerde angststoornis een minder goed begrip van emoties rapporteren, op een meer negatieve manier reageren op emoties en over minder vaardigheden beschikken om met emoties om te gaan, in vergelijking met mensen zonder gegeneraliseerde angststoornis. Verder werd in het onderzoek van Campbell-Sills, Barlow, Brown en Hofmann (2006) reeds aangetoond dat suppressie, het onderdrukken van emoties, meer negatieve gevolgen heeft voor mensen met angstsymptomen in vergelijking met het accepteren van emoties. Ook Garnefski, Legerstee, Kraaij, van den Kommer en Teerds (2002) deden reeds een onderzoek naar de relatie tussen cognitieve copingstrategieën en angstsymptomen. Hieruit kwam onder andere naar voor dat ruminatie, catastroferen en het jezelf de schuld geven het meest predictief waren voor angstsymptomen. Wanneer we onze resultaten bekijken zien we in de correlatietabel een significante samenhang tussen zowel adaptieve als maladaptieve ER-strategieën en angstsymptomen. Dit sluit aan bij voorgaande literatuur alsook onze hypothese. Vervolgens werd gekeken naar het tweede deel van deze onderzoeksvraag, namelijk of er sprake is van een toename van angstsymptomen ten gevolge van de gebruikte ER-strategieën op meetmoment 1. Er werd in onze studie een significante toename gevonden van angstsymptomen ten gevolge van het weinig gebruik maken van adaptieve ER-strategieën. Dit sluit aan bij onze verwachtingen alsook bij de literatuur. Er werd echter geen significante toename gevonden van angstsymptomen ten gevolge van het gebruik maken van maladaptieve ER-strategieën op meetmoment 1.

Een *eerste mogelijke verklaring* voor het feit dat dit deel van de hypothese alsook voorgaande literatuur niet bevestigd werd, is het feit dat we binnen deze studie niet specifiek ingaan op de subschalen van adaptieve en maladaptieve ER-strategieën. De meeste studies die de relatie tussen ER-strategieën en angstsymptomen nagaan maken gebruik van de subschalen. De meeste studies alsook de studie van Garnefski, Legerstee, Kraaij, van den Kommer en Teerds (2002) gaan dieper ingingen op de specifieke subschalen van de maladaptieve ER-strategieën.

Een *tweede mogelijke verklaring* voor het niet bevestigd zijn van de hypothese alsook voorgaand onderzoek is de manier waarop angstsymptomen geoperationaliseerd werden. In onze studie werden angststoornissen geoperationaliseerd aan de hand van de ZBV-K (ZBV-K; Bakker, van Wieringen, van der Ploeg & Spielberger, 1989). In de studie van Garnefski, Legerstee, Kraaij, van den Kommer en Teerds (2002) werden angstsymptomen geoperationaliseerd aan de hand van de SCL-90 (Symptom Check List: Derogatis, 1977; Dutch translation and adaptation by Arrindell en Ettema, 1986).

Onderzoeksvraag 6: De zesde en laatste onderzoeksvraag ging na of ER als moderator fungeert binnen de relatie tussen pesten en depressieve symptomen. Onze hypothese was dat ER een modererende rol zou spelen op de relatie tussen zowel direct als indirect pesten en angstsymptomen. Meer specifiek werd verwacht dat het gebruik maken van adaptieve ER-strategieën de relatie tussen pesten en angstsymptomen zou afzwakken terwijl het gebruik maken van maladaptieve ER-strategieën de relatie tussen pesten en angstsymptomen zou versterken. De studie van Garnesfki en Kraaij (2014) toonde reeds aan dat het gebruik maken van bepaalde ER-strategieën een invloed heeft op de relatie tussen victimisatie van pesten en angstsymptomen. Zo vonden ze dat ruminatie het effect van victimisatie van pesten op angstsymptomen versterkt. In onze studie werd ook hier opnieuw een onderscheid gemaakt tussen direct en indirect pesten. Wanneer we nader ingaan op de modererende rol van ER-strategieën op de relatie tussen **direct pesten** en angstsymptomen, zien we dat onze hypothese alsook voorgaande literatuur niet bevestigd wordt. Er wordt geen significant effect gevonden van adaptieve ER-strategieën noch van maladaptieve ER-strategieën op de relatie tussen direct pesten en angstsymptomen. Wanneer we dieper ingaan op de modererende rol van ER-strategieën op de relatie tussen **indirect pesten** en angstsymptomen, vinden we een significant effect van adaptieve ER-strategieën. Om deze interactie verder te interpreteren werd ook hier een independent samples t-test uitgevoerd. Uit de analyse komt naar voor dat jonge adolescenten met lage adaptieve strategieën, onafhankelijk van al dan niet gepest worden, gemiddeld een hogere score hebben op angstsymptomen (M= 30.63, SD= 6.22) dan jonge adolescenten met hoge adaptieve ER-strategieën (M= 28.66, SD= 5.45). Voor maladaptieve ER-strategieën werd geen significant verband gevonden en werd onze hypothese niet bevestigd. Dit is een opvallend resultaat en gaat in tegen onze

verwachtingen. De mogelijke verklaringen voor het feit dat niet alle subhypothesen van deze onderzoeksvraag bevestigd werden sluiten aan bij deze zoals omschreven bij onderzoeksvraag 3.

Een *eerste mogelijke verklaring* is het feit dat we in deze studie niet specifiek ingaan op de subschalen van adaptieve noch van maladaptieve ER-strategieën. De meeste studies omtrent emotieregulatie alsook de studie van Garnefski en Kraaij (2014) doen dit echter wel.

Een *tweede mogelijke verklaring* voor het niet bevestigen van alle vooropgestelde hypothesen door onze studie, is de gehanteerde steekproefgrootte. Onze studie omvat 208 participanten, wat een relatief beperkte steekproef is, terwijl dit bij de studie van Garnefski en Kraaij 582 is.

Een *derde en laatste mogelijke verklaring* is de opzet van onze studie. Dit is een longitudinale studie, terwijl de opzet van de studie van Garnefski en Kraaij (2014) cross-sectioneel is. In de studie van Garnefski en Kraaij (2014) kunnen geen uitspraken gedaan worden over de richting en de causaliteit van de gevonden verbanden. Onze longitudinale studie brengt deze mogelijkheid wel met zich mee. Dit heeft mogelijk een invloed op het feit dat er in voorgaande cross-sectionele studies wel significante effecten gevonden werden voor de rol van maladaptieve ER-strategieën maar dat dit in onze studie echter niet het geval is.

Sterktes en Beperkingen en Suggesties voor Toekomstig Onderzoek

Sterktes.

Controlevariabelen. Alvorens het uitvoeren van de effectieve statistische analyses werd gecontroleerd voor bepaalde variabelen. Er werd gecontroleerd voor leeftijd, geslacht, depressieve symptomen op meetmoment 1 en angstsymptomen op meetmoment 1. Meerdere onderzoeken brachten deze variabelen reeds in verband met de afhankelijke variabelen depressieve symptomen en angstsymptomen. Zo vonden bijvoorbeeld Lewinsohn, Rohde & Seeley (1998) dat geslacht significant samenhangt met depressieve symptomen. Vrouwen hebben gemiddeld 2 keer meer kans op het ontwikkelen van een depressie. Ook brachten ze het hebben van een eerdere depressie in rekening als risicofactor. Ze vonden in hun studie dat mensen die in het verleden

reeds een depressie gehad hebben een bepaalde mate van depressieve symptomen blijven ervaren. Lewinsohn et al. (1994) bevonden in hun studie ook dat geslacht een risicofactor is voor depressieve symptomen. Rapee, Schniering & Hudson (2009) vonden in hun onderzoek dat het reeds gehad hebben van een angststoornis positief samenhangt met het hebben van een angststoornis in de toekomst. Geslacht, depressieve symptomen op meetmoment 1 en angstsymptomen op meetmoment 1 werden in deze studie ook effectief meegenomen als controlevariabelen. Lewinsohn, Rohde & Seeley (1998). Dit zorgt ervoor dat de resultaten meer accuraat alsook meer betrouwbaar geïnterpreteerd kunnen worden.

Doelgroep. Een tweede sterkte van deze studie is de gebruikte doelgroep. De studie omvat 208 participanten en spitst zich toe op adolescenten tussen de leeftijd van 11 en 14 jaar. De adolescentie is een ontwikkelingsperiode die een risico vormt voor het ontwikkelen van psychopathologie (Baumrind, D, 1991). Ondanks het belang van deze periode is er nog weinig onderzoek gebeurd binnen deze doelgroep.

Opzet. Een derde sterkte van deze studie is het feit dat het een longitudinale studie is. Een longitudinaal design brengt de mogelijkheid met zich mee om meer inzicht te verwerven in de richting en causaliteit van de gevonden verbanden en brengt dus de mogelijkheid met zich mee om hierover uitspraken te doen.

Adaptieve ER. Een vierde en laatste sterkte van deze studie is dat de studie een gelijke hoeveelheid aandacht besteedt aan adaptieve ER-strategieën als aan maladaptieve ER-strategieën. Wanneer we dit met andere studies vergelijken is dit vrij vernieuwend, gezien de focus in voorgaande studies voornamelijk op de rol van maladaptieve ER-strategieën ligt.

Beperkingen en suggesties voor toekomstig onderzoek.

Meetinstrumenten. Een eerste beperking is het feit dat er in deze studie enkel gebruik werd gemaakt van zelfbeoordelingsvragenlijsten. Met zelfbeoordelingsvragenlijsten kan de ruimere context moeilijk in rekening gebracht worden. Ook kan het nuttig zijn om multi-informant te werk te gaan om meerdere perspectieven te verkennen. Toekomstig onderzoek kan de dataverzameling uitbreiden van zelfbeoordelingsvragenlijsten naar multi-methodische dataverzameling door bijvoorbeeld ook gebruik te maken van gestructureerde interviews of observaties.

Generalisatie. Een tweede beperking is de mogelijkheid tot generalisatie van de onderzoeksresultaten. Ondanks de verschillende categorieën op niveau van scholing, thuistaal en gezinssituatie, kunnen we in deze studie van een vrij homogene groep van participanten spreken. Meer specifiek zien we dit wanneer we de percentages omtrent scholing en thuistaal nader bekijken. We zien dat 188 participanten (90,4%) een opleiding in de A-stroom volgen. Wanneer we de thuistaal nader bekijken zien we dat het merendeel, namelijk 198, van de deelnemers thuis Nederlands spreekt (95,2%). Dit limiteert de mogelijkheden tot generalisatie. Toekomstig onderzoek kan eventueel aan de slag gaan met een meer heterogene groep, onder andere op vlak van scholing en thuistaal, opdat de mogelijkheden tot generalisatie uitgebreid worden.

Betrouwbaarheid KRV. Een derde beperking is de betrouwbaarheid van de gebruikte vragenlijst om pesten te operationaliseren. In ons onderzoek bedroeg de interne consistentie van de steekproef α=0.55 voor indirect pesten op meetmoment 1 en α=0.66 voor direct pesten op meetmoment 1. Deze waarden zijn aan de lage kant, wat wijst op een lage tot matige betrouwbaarheid van dit onderzoeksinstrument. De KRV bevat echter slechts 37 items. Literatuur toonde reeds aan dat Cronbach's α waarden die dichtbij .60 liggen aanvaardbaar zijn voor vragenlijsten die uit weinig items bestaan (Hair, Anderson, Tatham & Black, 1998).

Steekproef. Een vierde en laatste beperking van deze studie is de steekproef. Het aantal participanten binnen deze studie bedraagt 208 adolescenten. Voor een longitudinale studie is dit een relatief beperkte steekproef. Onderzoek in de toekomst zou een longitudinale studie kunnen uitvoeren, gebruik makend van een groter aantal participanten.

Conclusie

Binnen deze studie gingen we nader in op de samenhang tussen pesten en depressieve -en angstsymptomen en de samenhang tussen ER en depressieve -en angstsymptomen. We vonden voor zowel pesten als ER een significante samenhang met depressieve -en angstsymptomen. Vervolgens stelden we ons de vraag of er sprake is van een toe -of afname van depressieve -en angstsymptomen ten gevolge van pesten of ten gevolge van de gebruikte ER-strategieën. We vonden enkel een significante

afname in depressieve -en angstsymptomen over 6 maanden heen ten gevolge van het gebruik maken van adaptieve ER-strategieën. Ook gingen we na of ER een modererende rol speelt in de relatie tussen pesten en depressieve -en angstsymptomen. We vonden dat het gebruik maken van adaptieve ER-strategieën een significant modererende rol speelt in enerzijds de relatie tussen direct alsook indirect pesten en depressieve symptomen en anderzijds in de relatie tussen indirect pesten en angstsymptomen. Verder vonden we de algemene bevinding dat adolescenten die laag scoren op adaptieve ER-strategieën, onafhankelijk van het al dan niet slachtoffer zijn van pesten, hoger scoren op depressieve -en angstsymptomen dan adolescenten die hoog scoren op adaptieve ER-strategieën. Het was verrassend alsook jammer dat we doorheen deze studie geen causale of moderatieverbanden gevonden hebben met betrekking tot maladaptieve ER-strategieën. Wel werden interessante bevindingen gedaan omtrent adaptieve ER-strategieën die mogelijk een aanknopingspunt kunnen zijn voor verder onderzoek en interventies. Gezien de geringe hoeveelheid onderzoek dat reeds gedaan werd naar de modererende rol van ER op de relatie tussen pesten en depressieve -en angstsymptomen en het feit dat de gevonden studies hieromtrent cross-sectioneel waren, lijkt het aangewezen om hier verder replicerend longitudinaal onderzoek naar te doen om de onderzochte verbanden alsook de causaliteit en richting ervan verder in kaart te kunnen brengen. Ook kunnen we door toekomstig onderzoek hopelijk meer uitspraken doen over de modererende rol van de maladaptieve ER-strategieën in deze relatie. Dit om meer gepaste interventies te kunnen ontwikkelen waarbij gefocust wordt op het aanleren van adaptieve ER-strategieën en het aanpakken van de maladaptieve ER-strategieën opdat adolescenten zich beter kunnen verweren tegen stressoren zoals pesten. Dit om het tot stand komen van psychopathologieën zoals een depressie of angststoornis tegen te gaan.

Referenties

Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour research and therapy*, *48*(10), 974-983.

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, *30*(2), 217-237.

Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2012). The influence of context on the implementation of adaptive emotion regulation strategies. *Behaviour research and therapy*, *50*(7-8), 493-501.

Bannink, R., Broeren, S., van de Looij–Jansen, P. M., de Waart, F. G., & Raat, H. (2014). Cyber and traditional bullying victimization as a risk factor for mental health problems and suicidal ideation in adolescents. *PloS one*, *9*(4), e94026.

Bargh, J. A., & Williams, L. E. (2007). The nonconscious regulation of emotion. *Handbook of emotion regulation*, *1*, 429Á445.

Baumrind, D. (1991). Effective parenting during the early adolescent transition. *Family transitions*, *2*(1), 1.

Bender, D., & Lösel, F. (2011). Bullying at school as a predictor of delinquency, violence and other anti-social behaviour in adulthood. *Criminal behaviour and mental health*, *21*(2), 99-106.

Baumrind, D. (1991). Effective parenting during the early adolescent transition. *Family transitions*, *2*(1), 1.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory-II. *San Antonio*, *78*(2), 490-498.

Berking, M., & Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health: recent findings, current challenges, and future directions. *Current opinion in psychiatry*, *25*(2), 128-134.

Bos, Ede, & Maarsingh (2004). *KIVPA: Korte Indicatieve Vragenlijst Psychosociale*

problematiek Adolescenten.

Braet, C., Cracco, E., Theuwis, L., Grob, A., & Smolenski, C. (2013). *FEEL-KJ: vragenlijst over emotieregulatie bij kinderen en jongeren*. Amsterdam: Hogrefe.

Bridges, L. J., Denham, S. A., & Ganiban, J. M. (2004). Definitional issues in emotion regulation research. *Child development*, 75(2), 340-345.

Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour research and therapy*, *44*(9), 1251-1263.

Chester, K. L., Callaghan, M., Cosma, A., Donnelly, P., Craig, W., Walsh, S., & Molcho, M. (2015). Cross-national time trends in bullying victimization in 33 countries among children aged 11, 13 and 15 from 2002 to 2010. *The European Journal of Public Health*, *25*(suppl_2), 61-64.

Cisler, J. M., Olatunji, B. O., Feldner, M. T., & Forsyth, J. P. (2010). Emotion regulation and the anxiety disorders: An integrative review. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, *32*(1), 68-82.

Cook, C. R., Williams, K. R., Guerra, N. G., Kim, T. E., & Sadek, S. (2010). Predictors of bullying and victimization in childhood and adolescence: A meta-analytic investigation. *School psychology quarterly*, *25*(2), 65.

Cook, C. R., Williams, K. R., Guerra, N. G., & Kim, T. (2009). Variability in the prevalence of bullying and victimization. *Handbook of bullying in schools: An international perspective*, 347-362.

Copeland, W. E., Wolke, D., Angold, A., & Costello, E. J. (2013). Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence. *JAMA psychiatry*, *70*(4), 419-426.

Craig, W., Harel-Fisch, Y., Fogel-Grinvald, H., Dostaler, S., Hetland, J., Simons-Morton, B., ... & Pickett, W. (2009). A cross-national profile of bullying and victimization among adolescents in 40 countries. *International journal of public health*, *54*(2), 216-224.

Eisenberg, N., & Spinrad, T. L. (2004). Emotion-related regulation: Sharpening the definition. *Child development*, *75*(2), 334-339.

Espelage, D. L., & Holt, M. K. (2001). Bullying and victimization during early adolescence: Peer influences and psychosocial correlates. *Journal of Emotional Abuse*, *2*(2-3), 123-142.

Fekkes, M., Pijpers, F. I., Fredriks, A. M., Vogels, T., & Verloove-Vanhorick, S. P. (2006). Do bullied children get ill, or do ill children get bullied? A prospective cohort study on the relationship between bullying and health-related symptoms. *Pediatrics*, *117*(5), 1568-1574.

Garnefski, N., Boon, S., & Kraaij, V. (2003). Relationships between cognitive strategies of adolescents and depressive symptomatology across different types of life event. *Journal of Youth and Adolescence*, *32*(6), 401-408.

Garnefski, N., & Kraaij, V. (2014). Bully victimization and emotional problems in adolescents: Moderation by specific cognitive coping strategies?. *Journal of Adolescence*, *37*(7), 1153-1160.

Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V., van Den Kommer, T., & Teerds, J. A. N. (2002). Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: A comparison between adolescents and adults. *Journal of adolescence*, *25*(6), 603-611.

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of general psychology*, *2*(3), 271.

Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations.

Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (1998). Multivariate data analysis. Englewood Cliff. *New Jersey, USA*, 5(3), 207-2019.

Hughes, A. A., & Kendall, P. C. (2009). Psychometric properties of the Positive and Negative Affect Scale for Children (PANAS-C) in children with anxiety disorders. *Child Psychiatry and Human Development*, 40(3), 343-352.

Joormann, J., & Gotlib, I. H. (2010). Emotion regulation in depression: relation to

cognitive inhibition. *Cognition and Emotion*, *24*(2), 281-298.

Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., Marttunen, M., Rimpelä, A., & Rantanen, P. (1999). Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey. *Bmj*, *319*(7206), 348-351.

Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., Rantanen, P., & Rimpelä, A. (2000). Bullying at school—an indicator of adolescents at risk for mental disorders. *Journal of adolescence*, *23*(6), 661-674.

Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour research and therapy*, *44*(9), 1301-1320.

Klomek, A. B., Marrocco, F., Kleinman, M., Schonfeld, I. S., & Gould, M. S. (2007). Bullying, depression, and suicidality in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *46*(1), 40-49.

Landstedt, E., & Persson, S. (2014). Bullying, cyberbullying, and mental health in young people. *Scandinavian journal of public health*, *42*(4), 393-399.

Larson, R., & Lampman-Petraitis, C. (1989). Daily emotional states as reported by children and adolescents. *Child development*, 1250-1260.

Lewinsohn, P. M., Roberts, R. E., Seeley, J. R., Rohde, P., Gotlib, I. H., & Hops, H. (1994). Adolescent psychopathology: II. Psychosocial risk factors for depression. *Journal of abnormal psychology*, *103*(2), 302.

Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1998). Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical psychology review*, *18*(7), 765-794.

Mahady Wilton, M. M., Craig, W. M., & Pepler, D. J. (2000). Emotional regulation and display in classroom victims of bullying: Characteristic expressions of affect, coping styles and relevant contextual factors. *Social development*, *9*(2), 226-245.

McLaughlin, K. A., Hatzenbuehler, M. L., Mennin, D. S., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: A prospective

study. *Behaviour research and therapy, 49*(9), 544-554.

Modecki, K. L., Minchin, J., Harbaugh, A. G., Guerra, N. G., & Runions, K. C. (2014). Bullying prevalence across contexts: A meta-analysis measuring cyber and traditional bullying. *Journal of Adolescent Health, 55*(5), 602-611.

Monks, C. P., & Smith, P. K. (2006). Definitions of bullying: Age differences in understanding of the term, and the role of experience. *British Journal of Developmental Psychology, 24*(4), 801-821.

Nansel, T. R., Overpeck, M., Pilla, R. S., Ruan, W. J., Simons-Morton, B., & Scheidt, P. (2001). Bullying behaviors among US youth: Prevalence and association with psychosocial adjustment. *Jama, 285*(16), 2094-2100.

Olweus, D. (1989). Bully/victim questionnaire for students. *Department of Psychology. University of Bergen*.

Olweus, D. (1994). Bullying at school. In *Aggressive behavior* (pp. 97-130). Springer, Boston, MA.

Rapee, R. M., Schniering, C. A., & Hudson, J. L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual review of clinical psychology, 5*, 311-341.

Roeser, R. W., Eccles, J. S., & Sameroff, A. J. (2000). School as a context of early adolescents' academic and social-emotional development: A summary of research findings. *The elementary school journal, 100*(5), 443-471.

Rottenberg, J., & Gross, J. J. (2003). When emotion goes wrong: Realizing the promise of affective science. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 227-232.

Seiffge-Krenke, I. (2000). Causal links between stressful events, coping style, and adolescent symptomatology. *Journal of adolescence, 23*(6), 675-691.

Seiffge-Krenke, I., Aunola, K., & Nurmi, J. E. (2009). Changes in stress perception and coping during adolescence: The role of situational and personal factors. *Child development, 80*(1), 259-279.

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*(6), 1869-1880.

Smith, P. K., & Levan, S. (1995). Perceptions and experiences of bullying in younger pupils. British Journal of Educational Psychology, 65, 489–500.

Smith, P. K., Cowie, H., Olafsson, R. F., & Liefooghe, A. P. (2002). Definitions of bullying: A comparison of terms used, and age and gender differences, in a Fourteen–Country international comparison. *Child development*, *73*(4), 1119-1133.

Smith, P. K. (2016). Bullying: Definition, Types, Causes, Consequences and Intervention. *Social and Personality Psychology Compass*, *10*(9), 519-532.

Spielberger CD, Edwards CD, Montuori J, Lushene R (1973), State-Trait Anxiety Inventory for Children. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press

Sticca, F., & Perren, S. (2013). Is cyberbullying worse than traditional bullying? Examining the differential roles of medium, publicity, and anonymity for the perceived severity of bullying. *Journal of youth and adolescence*, *42*(5), 739-750.

Timbremont, B., Braet, C., & Roelofs, J. (2002). Children's depression inventory: Nederlandstalige versie [Children's Depression Inventory: Dutch version]. In *Lisse: Swets & Zeitlinger*.

Ttofi, M. M., Farrington, D. P., Lösel, F., & Loeber, R. (2011). Do the victims of school bullies tend to become depressed later in life? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*, *3*(2), 63-73.

Toblin, R. L., Schwartz, D., Gorman, A. H., & Abou-ezzeddine, T. (2005). Social–cognitive and behavioral attributes of aggressive victims of bullying. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *26*(3), 329-346.

Vink, M., Derks, J. M., Hoogendam, J. M., Hillegers, M., & Kahn, R. S. (2014). Functional differences in emotion processing during adolescence and early adulthood. *Neuroimage*, *91*, 70-76.

Williams, K. R., & Guerra, N. G. (2007). Prevalence and predictors of internet bullying. *Journal of adolescent health*, *41*(6), S14-S21.

Wolke, D., & Lereya, S. T. (2015). Long-term effects of bullying. *Archives of disease in childhood*, *100*(9), 879-885.

Younger, A. J., Schwartzman, A. E., & Ledingham, J. (1985). Age-related changes in children's perceptions of aggression and withdrawal in their peers. Developmental Psychology, 21, 70–75.

Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2011). The development of coping across childhood and adolescence: An integrative review and critique of research. *International Journal of Behavioral Development*, *35*(1), 1-17.