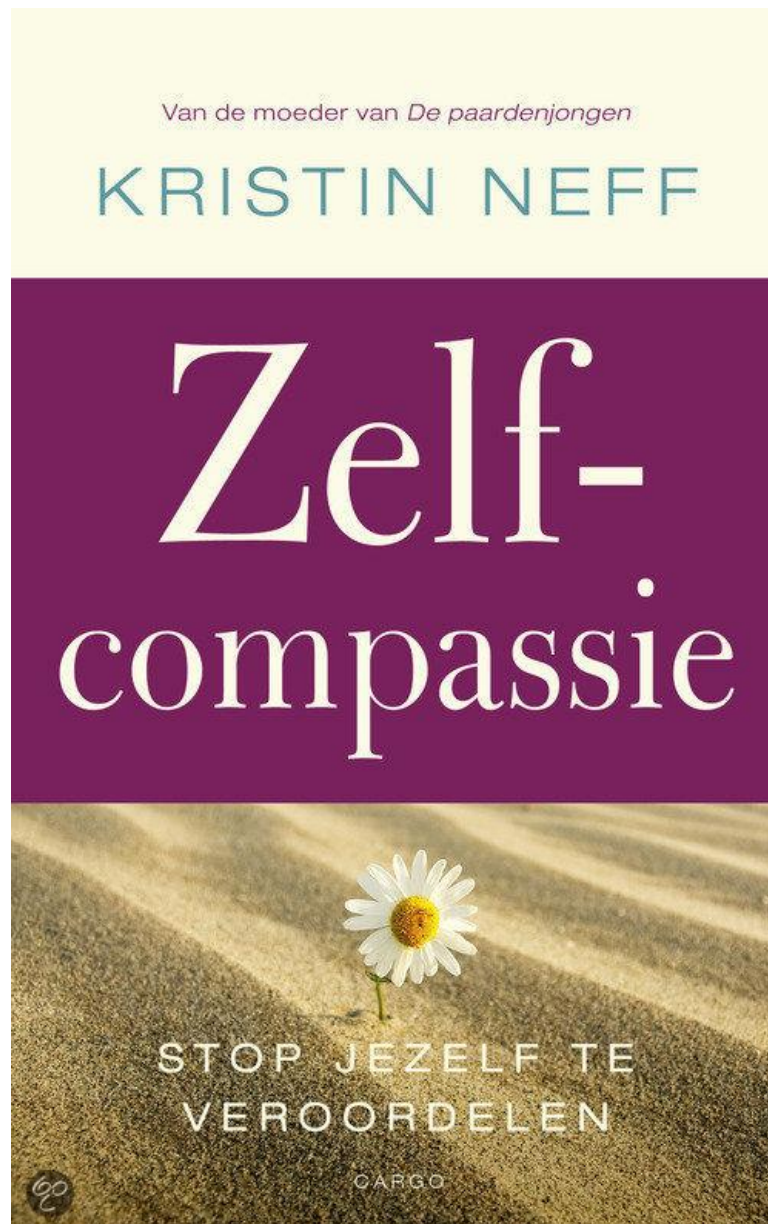


## Zelfcompassie als vierde basisbehoefte?

Uitbreiding van de zelfdeterminatie theorie in de positieve psychologie door het toevoegen van zelfcompassie als vierde basisbehoefte voor het voorspellen van geestelijke gezondheid.

Masterthesis door Iris Rozendal



# UNIVERSITY OF TWENTE.

Juli 2014

Universiteit Twente

Master Positieve Psychologie en Technologie

Begeleiders:

Dr. E. de Kleine (Universiteit Twente)

Dr. A.M. Sools (Universiteit Twente)

## Inhoud

|                                                                                                                                                                                                                               |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Zelfcompassie als vierde basisbehoefte? .....                                                                                                                                                                                 | 1  |
| Abstract .....                                                                                                                                                                                                                | 4  |
| Samenvatting .....                                                                                                                                                                                                            | 5  |
| 1. Inleiding.....                                                                                                                                                                                                             | 6  |
| 1.1 Wat is positieve psychologie .....                                                                                                                                                                                        | 6  |
| 1.2 Positieve psychologie 2.0 .....                                                                                                                                                                                           | 7  |
| 1.3 Wat is de zelfdeterminatie theorie.....                                                                                                                                                                                   | 7  |
| 1.4 Wat is zelfcompassie. ....                                                                                                                                                                                                | 8  |
| 1.5 Zelfcompassie in verhouding tot de drie basisbehoeften.....                                                                                                                                                               | 9  |
| 1.6 Onderzoeksvraag en deelvragen.....                                                                                                                                                                                        | 11 |
| 1.7 Hypothesen.....                                                                                                                                                                                                           | 11 |
| 2. Methode.....                                                                                                                                                                                                               | 13 |
| 2.1 Participanten.....                                                                                                                                                                                                        | 13 |
| 2.2 Meetinstrumenten.....                                                                                                                                                                                                     | 13 |
| 2.21 MHC-SF .....                                                                                                                                                                                                             | 13 |
| 2.22 BNSG-S .....                                                                                                                                                                                                             | 14 |
| 2.23 SCS-SF .....                                                                                                                                                                                                             | 14 |
| 2.3 Analyse.....                                                                                                                                                                                                              | 14 |
| 3. Resultaten .....                                                                                                                                                                                                           | 16 |
| 3.1 Hypothese 1: <i>Zelfcompassie hangt positief samen met de drie basisbehoeften uit de zelfdeterminatie theorie.</i> .....                                                                                                  | 17 |
| 3.2 Hypothese 2: <i>Zelfcompassie heeft naast de drie basisbehoeften significant verklarende waarde voor het voorspellen van geestelijke gezondheid</i> .....                                                                 | 17 |
| 3.3 Hypothese 3: <i>Zelfcompassie heeft op zichzelf staand significant verklarende waarde voor het voorspellen van geestelijke gezondheid en is geen modererende variabele die via de drie basisbehoeften opereert.</i> ..... | 18 |
| 4. Discussie en conclusie.....                                                                                                                                                                                                | 19 |
| 4.1 Sterke en zwakke punten onderzoek .....                                                                                                                                                                                   | 21 |
| 4.2 Aanbevelingen voor vervolg onderzoek.....                                                                                                                                                                                 | 21 |
| 4.3 Aanbevelingen voor praktijk onderzoek .....                                                                                                                                                                               | 22 |
| 4.4 Slotconclusie .....                                                                                                                                                                                                       | 23 |
| 5. Referenties.....                                                                                                                                                                                                           | 25 |

## Abstract

**Objectives:** The aim of the current study was to investigate if self compassion can be added as fourth basic need to the self-determination theory to predict mental health. Self compassion is a concept of positive psychology and describes the ability to deal with suffering and unpleasant experiences. This is missing in the self-determination theory. Self compassion is consistent with the reformulation of the positive psychology which focuses both on strengths as well as symptoms of a human being.

**Method:** To tackle the main objective a survey study was done among 237 participants. First a Pearson's correlation analysis determined the strength of association between self compassion and mental health and between self compassion and the three basic needs. Secondly, a hierarchical regression analysis showed if self compassion adds explanatory value to the three basic needs explanatory value to predict mental health. Finally a moderation analysis determined if self compassion is a moderator for the basic needs.

**Results:** There is a statistically significant correlation between self compassion and the three basic needs. There is also a statistically significant correlation between self compassion and mental health. The hierarchical regression analysis found that self compassion adds statistically significantly explanatory value regarding the three basic needs to predict mental health. However it seems that two of three basic needs, namely autonomy and relatedness do not explain mental health. Further, it seems that self compassion is not a moderator

**Conclusion:** In this study, there is evidence for and against the addition of self-compassion as the fourth basic need in the self-determination theory for predicting mental health. Further research is needed to determine whether self-compassion can be added to the self-determination theory. It may serve fruitful to examine the influence of culture. A recommendation for practice is to add Mindful Self-Compassion Training (MSC) to existing therapies, given the promising results. It seems that the self-determination theory fails on theoretical and practical points. Theoretically it fails because the basic needs do not explain mental health, in practical terms because there is a lack of integration between the treatment of disorders and promoting well-being. Positive psychology as a science should focus on both strengths and symptoms.

## Samenvatting

**Doel:** Het doel van de huidige studie was te onderzoeken of zelfcompassie kan worden toegevoegd als vierde basisbehoefte aan de zelfdeterminatie theorie voor het voorspellen van geestelijke gezondheid. Zelfcompassie is een begrip uit de positieve psychologie dat ingaat op het kunnen omgaan met lijden en onplezierige ervaringen, iets wat in de zelfdeterminatie theorie mist. Zelfcompassie sluit aan bij de herformulering van de positieve psychologie waarbij zowel wordt ingegaan op de krachten als klachten van een mens.

**Methoden:** De huidige studie was een survey onderzoek. Er hebben 237 participanten deelgenomen. Eerst is er een pearson correlatie analyse gedaan om de mate van samenhang tussen zelfcompassie en de drie basisbehoeften te bepalen en om de mate van samenhang te bepalen tussen zelfcompassie en geestelijke gezondheid. Vervolgens is een hiërarchische regressieanalyse gedaan om te onderzoeken om zelfcompassie extra verklaringswaarde heeft naast de drie basisbehoeften voor het voorspellen van geestelijke gezondheid. Tenslotte is een moderatie analyse gedaan om te onderzoeken of zelfcompassie een modererende variabele is voor de drie basisbehoeften.

**Resultaten:** Er is sprake van een significante samenhang tussen zelfcompassie en de drie basisbehoeften. Tevens is er sprake van een significante samenhang tussen zelfcompassie en geestelijke gezondheid. Verder is uit de hiërarchische regressie analyse gebleken dat zelfcompassie naast de drie basisbehoeften significant verklarende waarde heeft voor het voorspellen van geestelijke gezondheid. Echter blijken autonomie en verbondenheid geestelijke gezondheid niet te verklaren. Daarnaast blijkt zelfcompassie geen modererende variabele te zijn.

**Conclusie:** In deze studie zijn er zowel aanwijzingen voor als tegen het toevoegen van zelfcompassie als vierde basisbehoefte aan de zelfdeterminatie theorie voor het voorspellen van geestelijke gezondheid. Vervolg onderzoek is nodig om beter te bepalen of zelfcompassie kan worden toegevoegd aan de zelfdeterminatie theorie. Er dienen representatieve steekproeven te worden gedaan. Ook is het interessant te onderzoeken wat de invloed is van cultuur. Een aanbeveling voor de praktijk is het toevoegen van Mindful Self Compassion training (MSC) aan bestaande therapieën, gezien de goede resultaten. Het lijkt verder zo te zijn dat de zelfdeterminatie theorie tekortschiet in zowel theoretisch als praktisch oogpunt. In theoretisch opzicht schiet het tekort doordat de basisbehoeften geestelijke gezondheid niet verklaren en in praktisch opzicht doordat er een gebrek aan integratie is tussen het behandelen van stoornissen en het bevorderen van welzijn. De positieve psychologie zal een wetenschap moeten worden gericht op zowel krachten als klachten.

## 1. Inleiding

*In het eerste deel van mijn volwassen leven had ik geen tijd voor de kleine dingen waarvan ik wist dat ze me gelukkig zouden maken, 'dat komt later wel'. Ik had het geluk dat ik op een gegeven moment besepte dat ik nooit de tijd zou hebben, tenzij ik de tijd zou maken.*

*Toen begon de rest van mijn leven.*

*Chris Peterson*

*Een van de grondleggers van de positieve psychologie*

Zoals in het bovenstaande citaat te lezen is wil Chris Peterson duidelijk maken dat het belangrijk is om tijd te maken voor de kleine dingen die een mens gelukkig maken. In de maatschappij is maar weinig aandacht voor plezierige emoties zoals vrolijkheid en liefde. Zij worden als vanzelfsprekend gezien, terwijl het ervaren van deze plezierige emoties kunnen bijdragen aan het ontwikkelen van een positief leven en daarmee een groter welbevinden (Bohlmeijer & Hulsbergen, 2013). Welbevinden en persoonlijke groei kunnen daarnaast toenemen wanneer wordt voldaan aan een drietal basisbehoeften. Voor een goede geestelijke gezondheid zou ieder mens streven naar het vervullen van de basisbehoeften autonomie, verbondenheid en competentie (Ryan & Deci, 2000). Naast autonomie, verbondenheid en competentie lijkt zelfcompassie van belang bij het streven naar geestelijke gezondheid. Zelfcompassie betekent dat je vriendelijk en begripvol bent ten opzichte van je fouten en gebreken. Zelfcompassie zou mogelijk geestelijke gezondheid bevorderen, omdat het kan bijdragen aan het omgaan met lijden en onplezierige ervaringen, iets waar ieder mens mee te maken krijgt in het leven. Interessant is om te onderzoeken of zelfcompassie zou kunnen worden toegevoegd als vierde basisbehoefte. Dit onderzoeksverslag zal zich daarom ook richten op geestelijke gezondheid, de basis behoeften van de mens, motivatie en zelfcompassie.

### 1.1 Wat is positieve psychologie

Seligman en Csikszentmihalyi (2000) kunnen worden gezien als de grondleggers van de positieve psychologie. Zij beschrijven positieve psychologie als een wetenschap die gericht is op welbevinden en optimaal functioneren. Binnen de positieve psychologie worden positieve ervaringen, positieve relaties en positieve karaktertrekken onderzocht. Volgens Seligman en Csikszentmihalyi (2000) wordt er in de psychologie teveel nadruk gelegd op klachten en afwijkend gedrag, waardoor datgene wat in positieve zin afwijkt niet wordt bestudeerd. Zij pleiten daarom voor een radicale verandering binnen de psychologie. Dit heeft geleid tot een opkomende stroming van de positieve psychologie. Vanaf 2000 zijn er verschillende handboeken en artikelen verschenen. Rusk en Walters (2013) beschrijven het aantal citaties naar de positieve psychologie. Deze zijn vergelijkbaar met sub disciplines als de sociale, klinische en ontwikkelingspsychologie. Inmiddels zijn er 18000 wetenschappelijke artikelen geschreven over positieve psychologie.

## **1.2 Positieve psychologie 2.0**

De positieve psychologie is klaarblijkelijk een snelgroeende stroming. Volgens Wong (2011) is het echter tijd voor een herformulering van wat positieve psychologie is. Seligman's voornaamste reden voor het ontwikkelen van de positieve psychologie was de eenzijdige disbalans die er heerste in de psychologie waarbij er gericht werd op het bestrijden van klachten. Als reactie hierop kwam de krachtgerichte benadering waarbij werd gericht op optimaal functioneren en welbevinden. Toch lijkt er in de positieve psychologie eveneens sprake van een eenzijdige disbalans die zich alleen richt op de positieve aspecten en waarbij het lijden van de mens wordt genegeerd. Wong (2011) pleit daarom voor positieve psychologie 2.0 wat inhoudt dat de focus zowel op de sterke als zwakke kanten van de mens wordt gelegd. Wong (2011) beschrijft de symbiotische relatie tussen goed en slecht. Welbevinden is niet de algebra van positief – negatief, maar een optelsom van positief + negatief. Een complete theorie van welbevinden gaat volgens hem over het meenemen van negatieve emoties en lijden. Het gaat om het stimuleren van positieve dingen en het leren omgaan met negatieve dingen om welbevinden te bevorderen en psychopathologie te verminderen (Wong, 2011). Dit komt overeen met de persoongerichte benadering waarbij zowel rekening gehouden wordt met de klachten als krachten (Bohlmeijer, 2012; Delleman, Bohlmeijer, & Westerhof, 2012). Optimaal functioneren is niet goed mogelijk zonder een effectieve omgang met negatieve ervaringen (Frederikson, 2008; Bergsma, 2010). Welzijn gaat niet alleen over gezondheid en blijdschap, maar is een evoluerende functie in het zelfdeterminatie proces (Ryan & Huta, 2009). Zelfdeterminatie betekent dat men op basis van psychologische vrijheid handelt en niet vanuit dwang (Bohlmeijer en Hulsbergen, 2013).

## **1.3 Wat is de zelfdeterminatie theorie**

Ryan en Huta (2009) beschrijven het zelfdeterminatie proces, dit heeft betrekking op de zelfdeterminatie theorie. Dit is een belangrijke theorie binnen de positieve psychologie ontwikkelt door Ryan en Deci (2000). De zelfdeterminatie theorie stelt dat het vervullen van drie basis behoeften een noodzakelijke voorwaarde is voor het ervaren van geestelijke gezondheid. Een mens zou streven naar het vervullen van de volgende psychologische basisbehoeften: competentie, verbondenheid en autonomie. De basisbehoefte competentie houdt in dat men het gevoel heeft iets te kunnen, dat men vaardig is om zijn capaciteiten te gebruiken en uitdagingen aan te gaan. De basisbehoefte verbondenheid houdt in dat men de wens heeft liefde van anderen te ontvangen, te geven en om hechte relaties met anderen aan te gaan. De basisbehoefte autonomie houdt in dat men streeft naar het zelf beslissen over ervaringen, gedragingen en het ondernemen van activiteiten die in overeenstemming zijn met het zelfgevoel, waarbij men niet wordt gedwongen door anderen (Bohlmeijer, Bolier, Westerhof & Walburg, 2013).

Naast het feit dat het vervullen van de drie basisbehoeften noodzakelijk is voor het ervaren van geestelijke gezondheid zijn de drie basisbehoeften ook gerelateerd aan processen van motivatie. Er kunnen twee typen van motivatie worden onderscheiden: intrinsieke en extrinsieke motivatie.

Intrinsieke motivatie is gericht op motivatie van binnenuit. De beloning zit in de activiteit zelf. Er wordt voldoening gehaald uit werkzaamheden die bijdragen aan het realiseren van een doel. Een voorbeeld van een intrinsieke beloning is het doen van nieuwe of uitdagende activiteiten. Intrinsieke motivatie is gerelateerd aan de drie basisbehoeften van de zelfdeterminatie theorie. Een activiteit kan alleen intrinsiek motiverend zijn als men deze uit vrije wil doet, als men de competentie heeft om deze uit te voeren en als deze verbondenheid met andere mensen niet in de weg staat. Extrinsieke motivatie daarentegen is gericht op beloning van buitenaf. De motivatie komt voort uit externe druk. Men doet iets omdat men zich verplicht voelt en schaamt wanneer men het niet doet, of men doet iets om een beloning te krijgen of straf te voorkomen. Een voorbeeld van een extrinsieke beloning is het verkrijgen van macht (Bohlmeijer, Bolier, Westerhof & Walburg, 2013).

Ryan en Deci (2000) beschrijven het voldoen aan het drietal basisbehoeften met behulp van intrinsieke motivatie als voorwaarde voor het ervaren van geestelijke gezondheid. Echter lijkt de zelfdeterminatie theorie aan te sluiten bij de eenzijdige benadering die heerst in de positieve psychologie en niet bij de herformulering van positieve psychologie 2.0 door Wong (2011). Binnen de zelfdeterminatie theorie krijgt namelijk het bestaan van lijden en onplezierige ervaringen geen plaats. Zelfcompassie is een ander belangrijk begrip binnen de positieve psychologie dat wel ingaat op het kunnen omgaan met lijden, onplezierige ervaringen, pijn, ziekte, falen en tekortkomingen.

#### **1.4 Wat is zelfcompassie.**

Waar compassie de gevoeligheid voor de ervaring van lijden in combinatie met een diep verlangen om dat lijden te verlichten impliceert (Goertz, Keltner, & Simon-Thomas, 2010), gaat zelfcompassie in op het hebben van compassie ten opzichte van jezelf. Je staat open voor en wordt bewogen door je eigen lijden.

Volgens Neff (2013) bestaat zelfcompassie uit drie onderdelen namelijk:

- Het vermogen om jezelf vriendelijkheid en zorg te geven. Ook wanneer je wordt geconfronteerd met tekortkomingen, falen, ziekte, pijn en onplezierige emoties.
- Begrip voor het feit dat pijn en ongemak gedeelde menselijke ervaringen zijn. Ieder mens krijgt te maken met tegenslag en fouten.
- Het vermogen om op vriendelijke wijze aanwezig te zijn wanneer onplezierige emoties en ervaringen zich voordoen.

Deze drie componenten samen zorgen voor het creëren van compassievolle gemoedstoestand.

Zelfcompassie betekent niet dat onplezierige ervaringen en emoties worden weggedrukt, maar dat je op een zorgzame manier jezelf ondersteunt in moeilijke situaties.

Onderzoek maakt duidelijk dat zelfcompassie sterk samenhangt met geestelijke gezondheid. Een hogere mate van zelfcompassie zorgt namelijk voor minder psychopathologie (Barnard & Curry, 2011). In een meta analyse van 20 studies naar het verband tussen zelfcompassie en geestelijke gezondheid komt een positieve samenhang naar voren. Er is sprake van minder depressie, angst en

stress bij een hoog niveau van zelfcompassie (MacBeth & Gumley, 2012). Een hogere mate van zelfcompassie hangt bovendien samen met een hogere mate van levenstevredenheid, geluk en sociale verbinding (Neff, 2009). Uit andere onderzoeken komt naar voren dat mensen die hoger scoren op zelfcompassie minder sterk reageren op negatieve gebeurtenissen, meer positieve invloed hebben, een betere geestelijke gezondheid hebben en een hogere levenstevredenheid rapporteren in vergelijking met mensen met een lagere zelfcompassie (Terry & Leary, 2011).

Veel mensen zijn bang dat compassievol zijn een negatieve invloed heeft op motivatie, omdat het niet kritisch zijn ten opzichte van je fouten zal kunnen zorgen voor passief gedrag (Gilbert, McEwan, Matos & Rivis, 2011). Onderstaande onderzoeken laten echter zien dat zelfcompassie motivatie bevordert. Zo zijn compassievolle mensen minder bang om fouten te maken (Neff, Hsieh, & Dejitterat, 2005) en wanneer zij een fout maken zijn zij eerder geneigd om het opnieuw te proberen (Neely Schallert, Mohammed, Roberts & Chen, 2009). Dat zelfcompassie een toename van intrinsieke motivatie veroorzaakt komt ook naar voren in het onderzoek van Breines en Chen (2012). Zij stellen namelijk dat compassievol zijn voor persoonlijke zwakheden, het maken van fouten en vroegere morele overtredingen resulteert in meer motivatie om te veranderen in iets beters, het vermijden van het herhalen van fouten en het leren van fouten. Verschillende onderzoeken laten zien dat zelfcompassie resulteert in gezondheidsgedrag zoals: stoppen met roken (Kelly, Zuroff, Foa, & Gilbert, 2009), volhouden van een dieet (Adams & Leary, 2007) en starten met fitness programma's (Magnus, Kowalski, & McHugh, 2010). Uit het bovenstaande wordt dus duidelijk dat zelfcompassie bijdraagt aan een verbetering in motivatie, fysieke- en geestelijke gezondheid.

### **1.5 Zelfcompassie in verhouding tot de drie basisbehoeften**

In een onderzoek van Neff (2003) wordt gemeten of er een samenhang bestaat tussen zelfcompassie en de basisbehoeften uit de zelfdeterminatie theorie van Deci en Ryan (1995). Er wordt een positieve significante correlatie gevonden voor de drie basisbehoeften in relatie tot zelfcompassie. Hieruit kan geconcludeerd worden dat zelfcompassie samenhangt met de drie basisbehoeften uit de zelfdeterminatie theorie (Neff, 2003). Echter wanneer de drie basisbehoeften onder de loep worden genomen wordt zichtbaar dat zelfcompassie wel degelijk iets anders is dan de drie basisbehoeften.

De basisbehoefte verbondenheid, heeft betrekking op de wens liefde van anderen te ontvangen, te geven en om hechte relaties met anderen aan te gaan. Open blijft waarom men alleen liefdevol is in de richting van anderen en niet ten opzichte van zichzelf. Wanneer er sprake is van falen is men gewend te oordelen en kritisch te zijn ten opzichte van zijn of haar prestaties. Ook bij onplezierige ervaringen, pijn en ziekte zijn we afwijzend naar onszelf. Terwijl uit onderzoek blijkt dat een kritische houding ten opzichte van jezelf stress, onzekerheid, agressie en somberheid in de hand werkt (Bohlmeijer & Hulsbergen, 2013). Zelfcompassie kan naast het liefdevol zijn ten opzichte van anderen bijdragen aan het liefdevol zijn tegen jezelf. Het zal hierom een mooie aanvulling zijn als vierde basisbehoefte ter aanvulling van de behoefte aan verbondenheid.

Waar competentie gaat over het gevoel te hebben iets te kunnen, het vaardig zijn om eigen capaciteiten te gebruiken en uitdagingen aan te gaan, gaat zelfcompassie in op de keerzijde hiervan. Het is goed te kijken naar de capaciteiten van iemand en wat diegene daarmee wil bereiken, maar de waarheid is dat we mensen zijn die bij de uitvoering hiervan nogal eens fouten maken. Voorgaand onderzoek laat zien dat zelfcompassie zorgt voor meer intrinsieke motivatie. Zelfcompassie zorgt ervoor dat men bij het maken van fouten eerder geneigd is te veranderen in iets beters. Bovendien zorgt zelfcompassie voor het vermijden van fouten, het leren van fouten en het opnieuw proberen (Neff, Hsieh, & Dejjterat, 2005; Neely Schallert, Mohammed, Roberts & Chen, 2009; Breines & Chen, 2012). Terwijl wordt gedacht dat niet kritisch zijn ten opzichte van eigen fouten zal leiden tot passief gedrag (Gilbert, McEwan, Matos & Ravis, 2011).

De basisbehoefte autonomie houdt in dat men streeft naar het zelf beslissen over ervaringen, gedragingen en het ondernemen van activiteiten die in overeenstemming zijn met het zelfgevoel, waarbij men niet wordt gedwongen door anderen (Bohlmeijer, Bolier, Westerhof & Walburg, 2013). In een artikel van Neff (2003) wordt gesproken over 'true self esteem' in relatie tot zelfcompassie. True self esteem houdt in dat er sprake is van autonome, zelf gedetermineerde acties die je eigenheid weerspiegelen (Deci & Ryan, 1995). In theorie is het zo dat mensen die hoog scoren op zelfcompassie ook hoog scoren op true self esteem. Dit vanwege het feit dat hoe zij zichzelf zien niet afhankelijk is van normen of vergelijkingen met anderen. Toch zijn de twee begrippen theoretisch gezien nog gescheiden. Waar zelfcompassie gaat over vriendelijkheid ten opzichte van jezelf, pijn en ongemak als gedeelde menselijke ervaringen en op een vriendelijke manier aanwezig zijn bij onplezierige emoties en ervaringen, gaat true self esteem over zelfdeterminatie en autonomie. Uit het bovenstaande wordt dus duidelijk dat zelfcompassie en autonomie twee aparte constructen zijn.

Uit het voorgaande wordt duidelijk dat zelfcompassie een ander concept lijkt te zijn in vergelijking met de drie basisbehoeften. Het is daarom interessant om onderzoek te doen naar de rol van zelfcompassie binnen de zelfdeterminatie theorie voor het voorspellen van geestelijke gezondheid, omdat de zelfdeterminatie theorie aansluit bij de eenzijdige benadering die heerst in de positieve psychologie. Het toevoegen van zelfcompassie als vierde basisbehoefte zou in overeenstemming zijn met de herformulering voor de positieve psychologie die Wong (2011) beschrijft. Positieve psychologie 2.0 gaat namelijk net als de persoongerichte benadering in op het stimuleren van positieve dingen en het leren omgaan met negatieve dingen om welbevinden te bevorderen en psychopathologie te verminderen. Hierbij wordt gekeken naar zowel de klachten als krachten van een persoon (Bohlmeijer, 2012; Delleman, Bohlmeijer, & Westerhof, 2012). Zelfcompassie zou een mooie aanvulling zijn op de zelfdeterminatie theorie, omdat het ingaat op het kunnen omgaan met lijden, onplezierige ervaringen, pijn, ziekte, falen en tekortkomingen. Bovendien bevordert zelfcompassie intrinsieke motivatie wat resulteert in gezondheidsgedrag (Kelly, Zuroff, Foa, & Gilbert, 2009; Adams

& Leary, 2007; Magnus, Kowalski, & McHugh, 2010) en verlaagd zelfcompassie psychopathologie (Barnard & Curry, 2011; MacBeth & Gumley, 2012).

## 1.6 Onderzoeksvraag en deelvragen

Momenteel wordt er een grootschalig onderzoek uitgevoerd binnen de Universiteit Twente naar de ontwikkeling van persoonlijke groei en welbevinden. Er wordt gebruik gemaakt van verschillende vragenlijsten die basisbehoeften, geestelijke gezondheid en zelfcompassie meten waaronder de Self Compassion Scale Short Form(SCS-SF), Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) en de Basic Needs Satisfaction in General Scale (BNSG-S).

Voorgaande onderzoeken maken duidelijk dat zelfcompassie bijdraagt aan een verbetering van motivatie, geestelijke- en fysieke gezondheid. In deze studie wordt onderzocht wat de invloed is van zelfcompassie op de drie basisbehoeften uit de zelfdeterminatie theorie voor het voorspellen van geestelijke gezondheid. Hieruit volgt de volgende onderzoeksvraag met de daarbij horende deelvragen:

1. Kan zelfcompassie als vierde basisbehoefte worden toegevoegd aan de zelfdeterminatie theorie voor het voorspellen van geestelijke gezondheid?

Om te kunnen spreken van een vierde basisbehoefte zijn er een drietal vragen waaraan voldaan moet worden:

- Is er sprake van een positieve samenhang tussen zelfcompassie en de drie basisbehoeften uit de zelfdeterminatie theorie?
- Heeft zelfcompassie significant verklarende waarde voor het voorspellen van geestelijke gezondheid?
- Is zelfcompassie geen modererende variabele die opereert via de drie basisbehoeften?

## 1.7 Hypothesen

Hieruit volgen de volgende hypothesen:

- Hypothese 1: *Zelfcompassie hangt positief samen met de drie basisbehoeften uit de zelfdeterminatie theorie.*
- Hypothese 2: *Zelfcompassie heeft naast de drie basisbehoeften significant verklarende waarde voor het voorspellen van geestelijke gezondheid*
- Hypothese 3: *Zelfcompassie heeft op zichzelf staand significant verklarende waarde voor het voorspellen van geestelijke gezondheid en is geen modererende variabele die via de drie basisbehoeften opereert.*

Verwacht wordt dat zelfcompassie positief samenhangt met de drie basisbehoeften uit de zelfdeterminatie theorie, omdat dit uit voorgaand onderzoek is gebleken (Neff, 2003). Verder wordt verwacht dat zelfcompassie bijdraagt aan het bevorderen van geestelijke gezondheid. Uit eerdere uitkomsten is gebleken dat zelfcompassie negatief correleert met angst en depressie (Neff, 2003).

Bovendien zorgt zelfcompassie voor een vermindering van psychopathologie (MacBeth & Gumley, 2012, Barnard & Curry, 2011). Hierom wordt verwacht dat zelfcompassie significant verklarende waarde heeft voor het voorspellen van geestelijke gezondheid. Kijkend naar de drie basisbehoeften lijkt zelfcompassie in te spelen op het kunnen omgaan met onplezierige ervaringen het verdragen van lijden (Neff, 2013), iets wat in de zelfdeterminatie theorie mist. Zelfcompassie lijkt dus een op zichzelf staand concept. Hierom wordt verwacht dat zelfcompassie geen modererende variabele is.

## **2. Methode**

### **2.1 Participanten**

Aan dit onderzoek hebben 237 participanten deelgenomen. De inclusiecriteria voor dit onderzoek waren: tussen de achttien en zestig jaar oud, vaardig in de Nederlandse taal en woonachtig in Nederland. Er is sprake van een survey onderzoek. Dit houdt in dat er op systematisch wijze gegevens zijn verzameld doormiddel van een steekproef (CBS,2013). Er was sprake van een convenience sampling door studenten. Dit houdt in dat de steekproef is gekozen op basis van beschikbaarheid. De participanten worden geworven zonder veel inspanning. Hierbij kan gedacht worden aan het werving van naasten zoals familie of vrienden (Malhotra et al., 2000) De afname duur van de vragenlijsten bedroeg 30 tot 45 minuten. De vragenlijsten zijn ingevuld met behulp van het programma Qualtrics software. Dit programma wordt gebruikt om vragenlijsten op internet aan te bieden en gegevens op internet op te slaan.

### **2.2 Meetinstrumenten**

In het overkoepelende onderzoek werden in totaal elf zelfrapportage vragenlijsten afgenomen. De volgende vragenlijsten zijn gebruikt: Flourishing Scale, Mental Health Continuum-Short Form , Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale, Differential Emotions Scale, Satisfaction With Life Scale, Vitality Scale, Positieve Geestelijke Gezondheid Schaal, Basic Needs Satisfaction in General Scale, Self-Compassion Scale, Medical Outcomes Study 12-Item Short Form Health Survey en de Hospital Anxiety and Depression Scale. Het huidige onderzoek richt zich op de volgende vragenlijsten: Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF), Basic Needs Satisfaction in General Scale (BNSG-S), De Self-Compassion Scale Short Form (SCS-SF).

#### **2.21 MHC-SF**

De MHC-SF is een vragenlijst die positieve geestelijke gezondheid meet. De vragenlijst is een verkorte versie van de Mental Health Continuum- Long Form (MHC-LF) bestaande uit 40 items voor het meten van positieve geestelijke gezondheid (Keyes, 2000). Ondanks de goede betrouwbaarheid en validiteit was er behoefte aan een verkorte vragenlijst die positieve geestelijke gezondheid meet, hierom is de MHC-SF ontwikkeld. De MHC-SF is een zelf gerapporteerde vragenlijst waarbij drie constructen worden gemeten: emotioneel, sociaal en psychologisch welbevinden. Deze versie bestaat uit 14 items, waarvan drie behorend tot emotioneel welbevinden, vijf tot sociaal welbevinden en zes tot psychologisch welbevinden. Bij de scoring is er gebruik gemaakt van een 6-punts Likert schaal lopend van 0= nooit tot 5= elke dag. Uit onderzoek is gebleken dat de MHC-SF beschikt over een goede betrouwbaarheid en validiteit voor het meten van positieve geestelijke gezondheid onder de Nederlandse bevolking (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster, & Keyes, 2011). Hierbij is de interne consistentie voor MHC-totaal ( $\alpha=0.89$ ), emotioneel welbevinden ( $\alpha=0.83$ ), sociaal

welbevinden ( $\alpha=0.74$ ) en psychologisch welbevinden ( $\alpha=0.83$ ).

## 2.22 BNSG-S

De BNSG-S is een zelf rapportage vragenlijst die de bevrediging van basisbehoeften meet. Er worden drie constructen gemeten: autonomie, competentie en verbondenheid. De vragenlijst bestaat uit 21 items, waarvan zeven gericht op autonomie, zes op competentie en acht op verbondenheid. Bij de scoring is er gebruik gemaakt van een 5-punts Likert schaal lopend van 1=nooit tot 5=altijd. De BNSG-S beschikt over een goede betrouwbaarheid (Johnston & Finney, 2010). Verscheidene onderzoeken laten een interne consistentie zien die varieert van  $\alpha=0.84$  tot  $\alpha=0.90$ . De subschalen zijn ook afzonderlijk onderzocht. In verschillende onderzoeken varieerde de interne consistentie van autonomie van  $\alpha=0.61$  tot  $\alpha=0.81$ , van competentie van  $\alpha=0.60$  tot  $\alpha=0.86$  en van verbondenheid van  $\alpha=0.61$  tot  $\alpha=0.90$  (Johnston & Finney, 2010).

## 2.23 SCS-SF

De SCS-SF is een zelf rapportage vragenlijst die zelfcompassie meet. Er worden zes constructen gemeten: self-kindness, self-judgment, common humanity, mindfulness, isolation en over-identification. De vragenlijst bestaat uit 12 items, waarvan 2 items per schaal. Bij de scoring is er gebruik gemaakt van een 5-punts Likert schaal lopend van 1=bijna nooit tot 5= bijna altijd. Uit onderzoek is gebleken dat de SCS-SF beschikt over een goede betrouwbaarheid en validiteit voor het meten van zelfcompassie (Raes, Pommier, Neff & Van Gucht, 2011). Hierbij is de interne consistentie voor SCS-SF Totaalscore ( $\alpha=0.87$ ), Self-kindness ( $\alpha=0.55$ ), Self-judgement ( $\alpha=0.81$ ), Common Humanity ( $\alpha=0.60$ ), Mindfulness ( $\alpha=0.77$ ), Isolation ( $\alpha=0.64$ ), Over-identification ( $\alpha=0.69$ ).

## 2.3 Analyse

Doordat er sprake was van kwantitatieve data kon bij de analyse gebruik worden gemaakt van het programma IBM Statistics 22 (SPSS). In het onderzoek zijn als eerste de demografische gegevens van de respondenten vergeleken op geslacht, burgerlijke staat, culturele achtergrond, opleidingsniveau en leeftijd. Vervolgens is onderzocht of de variabelen autonomie, verbondenheid, competentie, zelfcompassie en geestelijke gezondheid normaal zijn verdeeld. Gekeken is of de Skewness en Kurtosis vallen binnen de norm van -2 tot en met +2 (Hopkins & Weeks, 1990). Vervolgens zijn de variabelen vergeleken op gemiddelde en bijbehorende standaardafwijking. Hierna is de mate van samenhang tussen de variabelen onderzocht door middel van een Pearson correlatie analyse. Daarna is er een hiërarchische regressie analyse uitgevoerd met geestelijke gezondheid als afhankelijke variabele en autonomie, verbondenheid, competentie en zelfcompassie als onafhankelijke variabelen. De hiërarchische regressie analyse probeert geestelijke gezondheid door twee modellen te verklaren. Model 1 bevat alle subschalen van de BNSGS, namelijk autonomie, verbondenheid, en competentie. Model 2 voegt zelfcompassie toe, gemeten door de SCS-SF. Om te onderzoeken of het effect van de drie basisbehoeften op geestelijke gezondheid gemodereerd wordt door zelfcompassie

Onderzoek naar de ontwikkeling van persoonlijke groei en welbevinden  
Iris Rozendal, s1116193

zijn er drie aparte moderatieanalyses gedaan met model 1. Autonomie, verbondenheid en competentie zijn hierbij de onafhankelijke variabele, geestelijke gezondheid de afhankelijke variabele en zelfcompassie dient als moderator.

### 3. Resultaten

In Tabel 1 staan de demografische gegevens van de participanten. In totaal hebben 237 participanten deelgenomen aan het onderzoek waarvan 91 mannen en 146 vrouwen. 83 participanten waren gehuwd, 8 gescheiden en 146 ongehuwd en nooit gehuwd geweest. Een groot gedeelte van de participanten had een Nederlandse culturele achtergrond (n=180), gevolgd door ‘anders’ (n=24), gemengd (n=11) en Turks (n=5). Het grootste gedeelte van de participanten heeft een HBO opleiding afgerond (n=73) gevolgd door WO (n=55) en MBO (n=50). De gemiddelde leeftijd van de participanten was (M=34,39; SD=13.83).

| Tabel 1 Demografische gegevens |                                  |     |
|--------------------------------|----------------------------------|-----|
| Geslacht                       | Man                              | 91  |
|                                | Vrouw                            | 146 |
| Burgerlijke staat              | Gehuwd                           | 83  |
|                                | Ongehuwd                         | 8   |
|                                | Ongehuwd en nooit gehuwd geweest | 146 |
| Culturele achtergrond          | Nederlands                       | 180 |
|                                | Turks                            | 5   |
|                                | Gemengd                          | 11  |
|                                | Anders                           | 24  |
| Opleiding                      | Lagere school                    | 3   |
|                                | LBO                              | 9   |
|                                | (M)ULO, MAVO                     | 13  |
|                                | MBO                              | 50  |
|                                | HAVO, VWO                        | 30  |
|                                | HBO                              | 73  |
|                                | WO                               | 55  |
|                                | Anders                           | 4   |

De variabelen zijn normaal verdeeld (Tabel 2). De Kurtosis van de subschaal *competentie* van de BNSGS loopt op tot -2.07 met een standaardafwijking van 0.32. Door de standaardafwijking valt de Kurtosis nog binnen de norm.

| Tabel 2 Skewness en Kurtosis voor betrokken variabelen |               |              |              |
|--------------------------------------------------------|---------------|--------------|--------------|
|                                                        |               | Skewness*    | Kurtosis*    |
| BNSGS                                                  | Autonomie     | -0.49 (0.16) | 0.90 (0.32)  |
|                                                        | Verbondenheid | -0.73 (0.16) | 1.83 (0.32)  |
|                                                        | Competentie   | -0.38 (0.16) | -2.07 (0.32) |
| SCS                                                    |               | -0.37 (0.16) | 0.11 (0.32)  |
| MHC                                                    |               | -0.23 (0.16) | -0.15 (0.32) |

\*gemiddelde (standaardafwijking)

De variabelen zijn vergeleken op gemiddelde en standaardafwijking (Tabel 3). Opvallend is het feit dat participanten een gemiddelde hogere score laten zien op zelfcompassie en geestelijke gezondheid in vergelijking met de drie basisbehoeften.

| Tabel 3 Gemiddelde en standaardafwijking van de betrokken variabelen |               |            |                   |
|----------------------------------------------------------------------|---------------|------------|-------------------|
|                                                                      |               | Gemiddelde | Standaarddeviatie |
| BNSGS                                                                | Autonomie     | 26.15      | 3.19              |
|                                                                      | Verbondenheid | 21.79      | 2.85              |
|                                                                      | Competentie   | 31.22      | 3.20              |
| SCS                                                                  |               | 57.16      | 11.62             |
| MHC                                                                  |               | 52.65      | 11.97             |

### 3.1 Hypothese 1: *Zelfcompassie hangt positief samen met de drie basisbehoeften uit de zelfdeterminatie theorie.*

De mate van samenhang is onderzocht tussen de verschillende variabelen. Hieruit is gebleken dat er een significante samenhang bestaat tussen de variabelen (Tabel 4). Er is hierbij sprake van een zwakke tot matige correlatie voor de samenhang tussen zelfcompassie en de drie basisbehoefte. Er is sprake van een matige correlatie tussen zelfcompassie en geestelijke gezondheid.

Tabel 4 Pearson correlatie

|                        | Autonomie | Competentie | Verbondenheid | Zelfcompassie | Geestelijke gezondheid |
|------------------------|-----------|-------------|---------------|---------------|------------------------|
| Autonomie              | 1         | 0.54**      | 0.60**        | 0.51**        | 0.48**                 |
| Competentie            | 0.54**    | 1           | 0.50**        | 0.56**        | 0.65**                 |
| Verbondenheid          | 0.60**    | 0.50**      | 1             | 0.41**        | 0.40**                 |
| Zelfcompassie          | 0.51**    | 0.56**      | 0.41**        | 1             | 0.53**                 |
| Geestelijke gezondheid | 0.48**    | 0.65**      | 0.40**        | 0.53**        | 1                      |

\*\*statistisch significant  $p < 0.01$

### 3.2 Hypothese 2: *Zelfcompassie heeft naast de drie basisbehoeften significant verklarende waarde voor het voorspellen van geestelijke gezondheid*

De hiërarchische regressie analyse met *autonomie*, *verbondenheid* en *competentie* als verklarende factoren en *zelfcompassie* als de te verklaren factor laat zien dat van model 1 ( $R^2 = .44$ ) naar model 2 ( $R^2 = .47$ ) er sprake van een significante verhoging van de verklaringswaarde  $\Delta R^2$  met 0.03 ( $F_{(1; 215)} = 10.68$ ;  $p < 0.05$ ). Hieruit kan geconcludeerd worden dat zelfcompassie extra verklarende waarde heeft voor het voorspellen van *geestelijke gezondheid* (Tabel 5). Opvallend is dat in model 1 en 2 *verbondenheid* geen verklarende waarde heeft voor het voorspellen van *geestelijke gezondheid*. Verder opvallend in tabel 5 is de significante verklaringswaarde voor *autonomie* in model 1 ( $p < 0.05$ ), terwijl er geen significante verklaringswaarde voor *autonomie* bestaat in model 2 wanneer zelfcompassie is meegenomen.

Tabel 5 HRA voor geestelijke gezondheid door basisbehoeften en zelfcompassie

|         |               | $\beta$ | $SD_\beta$ | Gestandaardiseerde $\beta$ | t    | p    |
|---------|---------------|---------|------------|----------------------------|------|------|
| Model 1 | Autonomie     | 0.62*   | 0.25       | 0.17                       | 2.50 | 0.01 |
|         | Verbondenheid | 0.08    | 0.24       | 0.02                       | 0.34 | 0.74 |
|         | Competentie   | 2.21*   | 0.26       | 0.54                       | 8.64 | 0.00 |
| Model 2 | Autonomie     | 0.42    | 0.25       | 0.12                       | 1.68 | 0.10 |
|         | Verbondenheid | 0.04    | 0.24       | 0.01                       | 0.17 | 0.87 |
|         | Competentie   | 1.88*   | 0.27       | 0.46                       | 6.98 | 0.00 |
|         | Zelfcompassie | 0.20*   | 0.06       | 0.21                       | 3.27 | 0.00 |

\*statistisch significant  $p < 0.05$

**3.3 Hypothese 3:** *Zelfcompassie heeft op zichzelf staand significant verklarende waarde voor het voorspellen van geestelijke gezondheid en is geen modererende variabele die via de drie basisbehoeften opereert.*

Om te onderzoeken of het effect van *autonomie* op *geestelijke gezondheid* gemodereerd wordt door *zelfcompassie* is er een moderatie analyse uitgevoerd. Hieruit is gebleken dat er geen significant hoofdeffect bestaat voor *zelfcompassie* ( $t_{(3)}=0.03$ ;  $p=0.97$ ). Tevens bestaat er geen significant hoofdeffect voor *autonomie* ( $t_{(3)}=0.43$ ;  $p=0.67$ ). Verder is gebleken dat er geen significant interactie effect bestaat tussen *autonomie* en *zelfcompassie* ( $t_{(3)}=0.89$ ;  $p=0.37$ ).

Om te onderzoeken of het effect van *verbondenheid* op *geestelijke gezondheid* gemodereerd wordt door *zelfcompassie* is een moderatie analyse uitgevoerd. Hieruit is gebleken dat er geen hoofdeffect wordt gevonden voor *zelfcompassie* ( $t_{(3)}=-0.04$ ;  $p=0.97$ ) en geen hoofdeffect voor *verbondenheid* ( $t_{(3)}=0.09$ ;  $p=0.93$ ). Er bestaat ook geen significant interactie effect tussen *verbondenheid* en *zelfcompassie* ( $t_{(3)}=0.79$ ;  $p=0.43$ ).

Tenslotte is onderzocht of het effect van *competentie* op *geestelijke gezondheid* gemodereerd wordt door *zelfcompassie* met behulp van een moderatie analyse. Hieruit is gebleken dat er geen hoofdeffect bestaat voor *zelfcompassie* ( $t_{(3)}=-0.06$ ;  $p=0.95$ ) en geen hoofdeffect voor *competentie* ( $t_{(3)}=1.65$ ;  $p=0.10$ ). Er bestaat ook geen significant interactie effect tussen *competentie* en *zelfcompassie* ( $t_{(3)}=0.70$ ;  $p=0.48$ ).

#### **4. Discussie en conclusie**

Het doel van de huidige studie was de rol van zelfcompassie te onderzoeken binnen de zelfdeterminatie theorie voor het voorspellen van geestelijke gezondheid. Onderzocht werd of zelfcompassie zou kunnen worden toegevoegd als vierde basisbehoefte. Verwacht werd dat zelfcompassie positief samenhangt met de drie basisbehoeften uit de zelfdeterminatie theorie. Bovendien werd verwacht dat zelfcompassie significant verklarende waarde heeft voor het voorspellen van geestelijke gezondheid. Tenslotte werd verwacht dat zelfcompassie op zichzelf staand significant verklarende waarde heeft voor het voorspellen van geestelijke gezondheid. Dit wil zeggen dat zelfcompassie geen modererende variabele is die via de drie basisbehoeften opereert. Wanneer blijkt dat de uitkomsten in overeenstemming zijn met de verwachtingen, zal dit een aanwijzing zijn dat in deze studie zelfcompassie zou kunnen worden gezien als vierde basisbehoefte uit de zelfdeterminatie theorie.

Wanneer de resultaten nader worden bekeken wordt zichtbaar dat er sprake is van een positieve samenhang tussen zelfcompassie en de drie basisbehoeften uit de zelfdeterminatie theorie. Er is sprake van een zwakke tot matige correlatie. Er is bovendien sprake van een positieve samenhang tussen zelfcompassie en geestelijke gezondheid. Hierbij is er sprake van een matige correlatie. Dit komt overeen met de verwachtingen en eerder gevormde hypothese. Er is sprake van convergente uitkomsten in verschillende studies die correlaties onderzoeken tussen zelfcompassie en de drie basisbehoeften. In een onderzoek van Neff (2003) wordt met dezelfde vragenlijsten als in het huidige onderzoek de mate van samenhang tussen zelfcompassie en de drie basisbehoeften onderzocht. De significante zeer zwakke tot zwakke correlaties tussen zelfcompassie en de drie basisbehoeften komen redelijk overeen met de gevonden correlaties in de huidige studie (Neff, 2003). Deze bevinding spreekt voor het toevoegen van zelfcompassie als vierde basisbehoefte aan de zelfdeterminatie theorie.

De resultaten laten verder zien dat zelfcompassie naast de drie basisbehoeften uit de zelfdeterminatie theorie significant verklarende waarde heeft voor het voorspellen van geestelijke gezondheid. Deze bevinding is in overeenstemming met de verwachtingen en de gevormde hypothese. De huidige studie sluit aan bij bevindingen uit eerder onderzoek (Terry & Leary, 2011). In dit onderzoek van Terry en Leary (2011) komt naar voren dat zelfcompassie geestelijke gezondheid bevordert.

Wanneer de basisbehoeften onder de loep worden genomen door te kijken naar de verklarende waarde van de drie basisbehoeften voor het voorspellen van geestelijke gezondheid, wordt duidelijk dat competentie geestelijke gezondheid verklaard. Dit is ook het geval wanneer zelfcompassie wordt toegevoegd als extra variabele. Dit komt overeen met de verwachtingen.

De basisbehoefte autonomie verklaart geestelijke gezondheid. Wat opvalt is wanneer zelfcompassie als extra variabele wordt toegevoegd autonomie geestelijke gezondheid niet verklaard. Dit kan twee dingen betekenen. Het impliceert dat zelfcompassie een sterk met autonomie

vergelijkbare basisbehoefte lijkt te zijn of het impliceert dat zelfcompassie via autonomie invloed heeft op geestelijke gezondheid. Dit laatste is het geval wanneer zelfcompassie een modererende variabele is. Hier zal later op terug worden gekomen. Dat zelfcompassie een vergelijkbare basisbehoefte lijkt te zijn komt niet overeen met gevonden correlaties in een studie van Neff (2003) waarbij zelfcompassie het meeste samenhangt met de basisbehoefte competentie. Kijkend naar eerdere bevindingen waarbij true self esteem en zelfcompassie theoretisch gezien gescheiden zijn (Neff, 2003), lijkt deze studie aanwijzingen te geven dat deze twee begrippen toch eenzelfde onderliggend concept meten. In die zin lijkt true self esteem bestaande uit zelfdeterminatie en autonomie vergelijkbaar met zelfcompassie. Deze bevinding spreekt tegen het toevoegen van zelfcompassie als vierde basisbehoefte.

Daarnaast verklaart de basisbehoefte verbondenheid geestelijke gezondheid überhaupt niet. Dit komt niet overeen met de eerder gevonden resultaten. In een studie van Ryan en Deci (2000) wordt gevonden dat de drie basisbehoeften geestelijke gezondheid verklaren, terwijl dat in deze studie niet het geval is. Waarom verbondenheid geestelijke gezondheid niet verklaart is onduidelijk, maar het geeft aanwijzingen om nauwkeuriger voor demografische variabelen te corrigeren. Bovendien scoren participanten in deze studie veel lager op de basisbehoeften in vergelijking met de score op zelfcompassie. Er wordt het laagst gescoord op verbondenheid gevolgd door autonomie en competentie. De grote variatie in basisbehoeften scores in vergelijking met zelfcompassie geeft aanwijzingen voor het feit dat het hier gaat om een steekproef met participanten die een hoge mate van zelfcompassie ervaren en een hoge mate geestelijke gezondheid bezitten. Ook deze bevinding spreekt tegen het toevoegen van zelfcompassie als vierde basisbehoefte.

De resultaten laten tenslotte zien dat zelfcompassie op zichzelf staand significant verklarende waarde heeft voor het voorspellen van geestelijke gezondheid en geen modererende variabele is die via de drie basisbehoeften opereert. Er werden geen significante interactie effecten en significante hoofdeffecten gevonden voor zelfcompassie, autonomie, verbondenheid en competentie. Dit is in overeenstemming met de gevormde hypothese. Zelfcompassie kan dus worden gezien als een losstaand concept dat naast de drie basisbehoeften verklarende waarde heeft voor het voorspellen van geestelijke gezondheid.

Ondanks het uitkomen van de drie gevormde hypothesen, zijn de gevonden resultaten niet robuust voor het bepalen of zelfcompassie kan worden gezien als een vierde basisbehoefte. Zo lijkt de zelfdeterminatie theorie theoretisch gezien tekort te schieten, doordat verbondenheid en autonomie in deze studie geestelijke gezondheid niet verklaren. Ten tweede lijkt zelfcompassie een te specifiek concept dat voortkomt uit een breder begrip, namelijk compassie. Het gaat hierbij om een ruimhartige, belangenloze houding ten opzichte van lijden, vanuit een besef van medemenselijkheid, waarbij zelfcompassie en compassie elkaars versterkende kwaliteiten zijn (van den Brink & Koster, 2013). Waar zelfcompassie gaat over ons betrokken voelen bij pijn en lijden van onszelf, gaat compassie in

op het betrokken voelen bij pijn en lijden bij zowel onszelf als bij anderen met de wens en de motivatie om deze pijn en dit lijden te verlichten.

#### **4.1 Sterke en zwakke punten onderzoek**

Een beperking van dit onderzoek is de samenstelling van de steekproef. Het opleidingsniveau van de participanten lijkt scheef verdeeld te zijn. Er is sprake van een hoog opleidingsniveau bij de participanten, 54% van de participanten heeft een HBO of WO opleiding genoten. Mogelijk heeft dit de resultaten van het onderzoek beïnvloed, zoals de uitkomst dat verbondenheid geestelijke gezondheid niet verklaard. In de literatuur worden hier geen aanwijzingen voor gevonden.

Een andere beperking van het onderzoek is het gebruik van een convenience sampling. Door deze manier van werving is er ondanks de grote steekproef (n=237) een beperkt bereik, doordat studenten naasten, zoals vrienden en familie hebben geworven. Het nadeel van deze convenience sampling is dat het geen garantie geeft dat de resultaten representatief zijn voor de gehele populatie. Het kan immers zo zijn dat de geworven naasten eenzelfde mening delen of op dezelfde manier denken als de studenten en dat deze mening niet geldt in de gehele populatie. Er kan sprake zijn van een bias doordat er wordt gewerkt met vrijwillige participanten die mogelijk sociaal wenselijke antwoorden geven (Malhotra et al., 2000). Om beter te bepalen of zelfcompassie kan worden toegevoegd als vierde basisbehoefte dient empirisch gezien het een en ander onderzocht te worden. In plaats van convenience sampling dienen er representatieve steekproeven gedaan te worden om te onderzoeken of zelfcompassie kan worden toegevoegd als vierde basisbehoefte.

Het huidige onderzoek bevat ook een aantal sterke punten. Zo was er sprake van betrouwbare en valide meetinstrumenten (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster, & Keyes, 2011; Jonston & Finney, 2010; Raes, Pommier, Neff & Van Gucht, 2011). Een ander sterk punt van het onderzoek was het gebruik van inclusie criteria, wat zorgt voor afbakening van het onderzoek. Bovendien zorgt het voor meer betrouwbare resultaten, hierdoor gelden de gevonden resultaten voor een selectieve groep in dit geval Nederlanders.

#### **4.2 Aanbevelingen voor vervolg onderzoek**

In dit onderzoeksverslag spreken een aantal factoren voor als tegen het toevoegen van zelfcompassie als vierde basisbehoefte aan de zelfdeterminatie theorie. Er blijven nog een aantal vragen open die belangrijk zijn bij het bepalen van het toevoegen van zelfcompassie als vierde basisbehoefte. Zo beschrijven Ryan en Deci (2000) bij het ontwikkelen van de drie basisbehoeften in hun artikel drie vragen waaraan de basisbehoeften moeten voldoen. Deze drie vragen zijn:

1. Zijn de voortzetting en verwezenlijking van alle culturele congruente aspiraties en levenswaarden geassocieerd met welzijn?
2. Werken de drie basisbehoeften hetzelfde onder verschillende culturele omstandigheden?

3. Is de tussen persoon variabiliteit in de bevrediging van basisbehoeften  
gerelateerd aan variabiliteit van indicatoren voor welzijn?

In deze studie wordt geen onderzoek gedaan naar de voorwaarden die Ryan en Deci (2000) stellen. Vervolg onderzoek zou moeten uitwijzen of zelfcompassie aan deze drie vragen voldoet en of zelfcompassie daadwerkelijk kan worden toegevoegd als basisbehoefte aan de zelfdeterminatie theorie. Kijkend naar de eerste vraag die Ryan en Deci (2000) stellen, lijkt zelfcompassie te voldoen op dit punt. De drie onderdelen waaruit zelfcompassie bestaat lijken geassocieerd met welzijn, omdat zelfcompassie zorgt voor een bevordering van welzijn (Neff, 2009; Terry & Leary, 2011). Daarnaast is er geen aanname om te veronderstellen dat zelfcompassie niet zal voldoen aan de tweede vraag die Ryan en Deci (2000) stellen. Dit vanwege het feit dat zelfcompassie in verschillende culturen een belangrijke rol lijkt te spelen (Ghorbani, Watson, Chen, & Norballa, 2012). Religie is geen voorspeller voor de mate van zelfcompassie (Neff, Pisitsungkagarn, & Hsieh, 2008). Zelfcompassie zoals Neff (2003) veronderstelt is gebaseerd op Boeddhistische leerprincipes afkomstig van geschriften van Boeddhistische geleerden (Salzberg, 1997), maar ook in andere culturen zoals bij Iranese moslims zorgt zelfcompassie voor een betere geestelijke gezondheid (Ghorbani, Watson, Chen, & Norballa, 2012). Zelfcompassie lijkt niet te voldoen op vraag drie. Dit vanwege de gevonden correlatie van autonomie in deze studie. Autonomie lijkt het meeste samen te hangen met zelfcompassie. Ook later wordt duidelijk dat true self esteem bestaande uit autonomie en zelfdeterminatie een vergelijkbaar concept lijkt te meten in vergelijking met zelfcompassie (Neff, 2003).

Eerder in dit onderzoekverslag werd gesproken over het mogelijk voortkomen van zelfcompassie uit het bredere begrip compassie. Mogelijk kan vervolg onderzoek uitwijzen of compassie in vergelijking met zelfcompassie beter geestelijke gezondheid verklaart. Doordat het een breder concept is zou het zo kunnen zijn dat compassie in vergelijking tot zelfcompassie beter kan worden toegevoegd als vierde basisbehoefte aan de zelfdeterminatie theorie.

### **4.3 Aanbevelingen voor praktijk onderzoek**

Er is recentelijk sprake van een toevoeging in de zelfdeterminatie theorie door het begrip mindfulness. Dit houdt in dat er aandacht is voor datgene wat er op dat moment afspeelt door middel van een aandachtige en open houding tegenover het eigen gedrag. Brown en Ryan (2003) beschrijven hoe mindfulness het bewust zijn van waarden, interesses en persoonlijke behoeftes en de keuze van gedrag dat bij die behoeften past bevordert. Hierdoor wordt het mogelijk meer te leven naar de drie basisbehoeften. Mindfulness komt terug in verschillende interventies zoals Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) en Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT). Uit het voorgaande blijkt dat de zelfdeterminatie theorie naast dat het tekort schiet in theoretisch oogpunt, ook tekort schiet in praktisch oogpunt. De koppeling naar de praktijk lijkt nog een lastig punt. Wat mist is het integreren van de zelfdeterminatie theorie aan bestaande therapieën gericht op het behandelen van stoornissen. Op dit moment bestaan er alleen interventies van de zelfdeterminatie theorie gericht op het bevorderen

van welzijn. Ook hier is er sprake van de eenzijdige benadering die heerst in de positieve psychologie. Het is van belang dat de zelfdeterminatie theorie en daarmee mindfulness kan worden geïntegreerd in therapieën gericht op het behandelen van klachten.

Kijkend naar de toevoeging van zelfcompassie als vierde basisbehoeften zullen interventies gericht op zelfcompassie kunnen bijdragen aan het verbeteren van geestelijke gezondheid. Er kan gedacht worden aan de onlangs ontwikkelde Mindful Self Compassion training (MSC). De MSC is een laagdrempelige training voor cliënten in de eerste lijn die kan worden aangeboden zonder voortraject van mindfulness beoefening waarbij deelnemers zichzelf kunnen aanmelden, zonder dat er sprake hoeft te zijn van gezondheidsproblemen (Germer & Neff, 2013). MSC bevat oefeningen gericht op zelfcompassie en mindfulness in een acht wekelijkse sessie van 2.5 uur. Germer en Neff (2013) deden onlangs een randomised control trial naar het effect van de MSC waarbij de experimentele groep werd vergeleken met een controlegroep. Uit de resultaten is gebleken dat in vergelijking met de controle groep MSC deelnemers een significante toename laten zien in zelfcompassie, mindfulness, compassie naar anderen, levenstevredenheid en een afname in depressie, angst, stress en vermijding van emoties laten zien. Overigens bleek de mate van zelfcompassie te zijn gestegen met 43%, terwijl in vergelijking met studies van MBSR de zelfcompassie steeg met 19% en in studies van MBCT de zelfcompassie steeg met slechts 9%. MSC lijkt dus van belang bij het bevorderen van zelfcompassie. Aan de hand van de gevonden resultaten uit de studie van Germer en Neff (2013) kan vervolg onderzoek uitwijzen of er een mogelijkheid bestaat dat clinici de principes en oefeningen van het MSC programma verkennen en zodanig aanpassen dat het kan worden geïntegreerd in bestaande therapieën.

Wanneer blijkt dat zelfcompassie kan worden toegevoegd als vierde basisbehoefte zal gekeken moeten worden naar wat hier praktisch mee valt te voorspellen. Het gebrek aan integratie geldt op dit moment ook voor zelfcompassie. Het gaat in te toekomst om het kunnen integreren van MSC aan bestaande therapieën voor het behandelen van stoornissen.

#### **4.4 Slotconclusie**

Het doel van de huidige studie was de rol van zelfcompassie te onderzoeken binnen de zelfdeterminatie theorie voor het voorspellen van geestelijke gezondheid. Deze studie werd gedaan naar aanleiding van het tekortschieten van de zelfdeterminatie theorie, die aansluit bij de eenzijdige benadering in de positieve psychologie. Zelfcompassie daarentegen sluit aan bij de positieve psychologie 2.0. Hierbij wordt ingegaan op het kunnen omgaan met lijden en onplezierige ervaringen, iets wat mist in de zelfdeterminatie theorie. Uit de resultaten is gebleken dat er in deze studie zowel bevindingen voor als tegen het toevoegen van zelfcompassie als vierde basisbehoefte spreken. Om beter te bepalen of zelfcompassie kan worden toegevoegd als vierde basisbehoefte dienen empirisch gezien een aantal factoren onderzocht te worden, zoals de invloed van culturele omstandigheden. Verder dienen er in plaats van convenience sampling, representatieve steekproeven gedaan te worden. Zowel in theoretisch opzicht als in praktisch opzicht lijkt de zelfdeterminatie theorie tekort te schieten.

Zo lijken de twee basisbehoeften geestelijke gezondheid niet te verklaren en lijkt zelfcompassie voort te komen uit een breder begrip, namelijk compassie. Daarnaast dient theoretisch gezien onderzocht te worden of zelfcompassie voldoet aan de drie voorwaarden die Ryan en Deci (2000) stellen voor de basisbehoeften. Het is van belang dat de zelfdeterminatie theorie en daarmee mindfulness kan worden geïntegreerd in therapieën gericht op het behandelen van klachten. Hetzelfde geldt voor zelfcompassie waarbij MSC aan bestaande therapieën kan worden toegevoegd voor het behandelen van stoornissen. De krachten en klachten benadering dienen nog beter geïntegreerd te worden. Zoals Wong (2011) zegt: 'het gaat om de symbiotische relatie tussen goed en slecht'. Positieve psychologie zal moeten worden gedefinieerd als een wetenschap die positieve dingen stimuleert en leert om te gaan met negatieve dingen om welbevinden te bevorderen en psychopathologie te verminderen.

## 5. Referenties

- Adams, C. E., & Leary, M. R. (2007). Promoting self-compassionate attitudes toward eating among restrictive and guilty eaters. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26, 1120-1144.
- Barnard, L. K., & Curry, J. F. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of General Psychology*, 15, 289–303.
- Bergsma, A. (2010). Positieve psychologie kan niet zonder negativiteit. *Psychologie & Gezondheid*, 38, 171-176.
- Bohlmeijer, E.T. (2012). Eudaimonia, voer voor psychologen: Pleidooi voor een heroriëntatie van de geestelijke gezondheidszorg. Oratie. Enschede: Universiteit Twente.
- Bohlmeijer, E.T., Bolier, L., Westerhof, G.J. & Walburg, J.A. (2013). *Handboek Positieve Psychologie*. Uitgeverij Boom, Amsterdam.
- Bohlmeijer, E.T., & Hulsbergen, M.L. (2013). *Voluit leven*. Uitgeverij Boom.
- Breines, J. G., & Chen, S. (2012). Self-compassion increases self-improvement motivation. doi:10.1177/0146167212445599.
- Brown, K.W., & Ryan, R.M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- CBS (2013) user survey. Verkregen op 27 november, 2013, van <<<http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/informatie/onderzoekers/surveyonderzoek/default.html>>>
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112 (1), 155-159.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1995). Human autonomy: The basis for true self-esteem. In M. Kemis (Ed.), *Efficacy, agency, and self-esteem*, 31–49.
- Delleman, O., Bohlmeijer, E. T., & Westerhof, G.J. (2012). Zorgpaden en e-health: Kansen voor creatieve zorgvernieuwing. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 67, 380-386.
- Frederickson, B. (2008). *Positivity*. New York: Three Rivers Press.
- Germer, C.K., & Neff, C.D. (2013). Self-Compassion in Clinical Practice. *Journal of clinical psychology*, 69(8), 856–867.
- Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., & Ravis, A. (2011). Fears of compassion: Development of three self-report measures. *Psychology And Psychotherapy: Theory, Research And Practice*, 84(3), 239-255.

Goetz, J. L., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An evolutionary analysis and empirical review. *Psychological Bulletin*, 136, 351-374.

Ghorbani, N., Watson, P.J., Chen, Z., & Norballa, F. (2012). Self-Compassion in Iranian Muslims: Relationships With Integrative Self-Knowledge, Mental Health, and Religious Orientation. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 22, 106-118.

Hopkins, K.D. & Weeks, D.L. (1990). Tests for normality and measures of skewness and kurtosis: Their place in research reporting. *Educational and Psychological Measurement*, 50, 717-729. Loether, H. L., & McTavish, D. G. (1988). *Descriptive and inferential statistics: An introduction*, 3<sup>rd</sup> ed. Boston: Allyn & Bacon.

Johnston, M. M. & Finney, S. J. (2010). Measuring basic needs satisfaction: Evaluating previous research and conducting new psychometric evaluations of the Basic Needs Satisfaction in General Scale. *Contemporary Educational Psychology*, 35, 280-296.

Kelly, A. C., Zuroff, D. C., Foa, C. L., & Gilbert, P. (2009). Who benefits from training in self-compassionate self-regulation? A study of smoking reduction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29, 727- 755

Keyes, C.L.M., Shmotkin, D., & Ryff, C.D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007-1022.

Klerk, M. de (2005). *Ouderen in instellingen: Landelijk overzicht van de leefsituatie van oudere tehuisbewoners*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Lamers, S.M.A., Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T., ten Klooster, P.M., & Keyes, C.L.M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), 99-110.

Magnus, C. M. R., Kowalski, K. C., & McHugh, T.- L. F. (2010). The role of self- compassion in women's self- determined motives to exercise and exercise- related outcomes. *Self and Identity*, 9, 363- 382.

Markus, H. R., & Kitayama, S. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review*, 98, 224-253.

Neely, M. E., Schallert, D. L., Mohammed, S. S., Roberts, R. M., & Chen, Y. (2009). Self-kindness when facing stress: The role of self- compassion, goal regulation, and support in college students' well-being. *Motivation and Emotion*, 33(1), 88- 97.

Neff, K.D. (2003). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, 2, 85–101.

Neff, K.D. (2003). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223–250.

Neff, K. D., Pisitsungkagarn, K., & Hsieh, Y. (2008). Self-Compassion and Self-Construal in the United States, Thailand, and Taiwan. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 39, 267-285.

MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion & psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32, 545–552.

Raes, F., Pommier, E., Neff, K.D., Van Gucht, D., (2011). Construction and Factorial Validation of a Short Form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 250–255.

Rusk, R.D., & Walters, L.E. (2013). Tracing the size, reach, impact and breadth of positive psychology. *Journal of positive Psychology*, 8, 207-221.

Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*, 55, 68-78.

Ryan, R.M., & Huta, V., & Deci, E. L. (2008). Living well: A self determination theory perspective on eudaimonia. *Journal of Happiness Studies*, 9, 139–170.

Salzberg, S. (1997). *Lovingkindness: The revolutionary art of happiness*. Boston, MA: Shambala.

Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York, NY: Free Press.

Shweder, R. A., & Bourne, E. J. (1984). Does the concept of person vary cross-culturally? In R. A. Shweder & R. A. LeVine (Eds.), *Culture theory: Essays on mind, self, and emotion* (pp. 158–199). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Terry, M.L., & Leary, M.R. (2011). Self-compassion, self-regulation, and health. *Self and Identity*, 10 (3), 352–362.

Westerhof, G.J., & Bohlmeijer, E.T. (2010). *Psychologie van de levenskunst*. Uitgeverij Boom: Amsterdam.

Wong, P. T. P. (2011). Positive Psychology 2.0: Towards a Balanced Interactive Model of the Good Life. *Canadian Psychology*, 52, 69-81.