

Welbevinden vergroten door zelfcompassie

Onderzoek naar de effecten en specifieke
groepskenmerken van een zelfcompassietraining
als begeleide zelfhulp

Masterthese Universiteit Twente
Faculteit der Gedragwetenschappen
Opleiding Psychologie

Eerste begeleider: Dr. M. Radstaak
Tweede begeleider: Dr. E. de Kleine en M. Spijkerman

Auteur: Laura Dittmann
Datum: 25 juli 2016

Abstract

Self-compassion is related to higher levels of well-being and lower levels of psychopathology. This study investigates the effects of the self-compassiontraining 'Compassion as a key to happiness, passing stress and self-criticism'. Furthermore, the aim of the study is to examine whether the demographic variables gender and age, and the level of well-being of participants influence the level of self-compassion. In a randomized controlled trial the experimental group (N=117) participated in the self-compassiontraining, which uses a self-help book and e-mail support. For the control group (N=117) a waiting list was used. For the statistical analysis, levels of well-being and self-compassion were examined before and after the study. Results show that the self-compassion-training led to higher levels of well-being. An increase in self-compassion to some extent explain an increase in well-being. Furthermore, the demographic variables gender and age and the level of well-being have no influence on the level of self-compassion of participants. In sum, the findings emphasize the importance of self-compassion in promoting mental health. Such a self-compassiontraining may be effective and suitable for a large target group.

Samenvatting

Zelfcompassie is gerelateerd aan een hoger welbevinden en is een beschermende factor tegen geestelijke ziektes. Dit onderzoek beschouwt de effecten van de zelfcompassietraining 'Compassie als sleutel tot geluk, voorbij stress en zelfkritiek'. Het doel was daarnaast te achterhalen of de demografische variabelen geslacht en leeftijd en de mate van welbevinden van participanten van invloed waren op de mate van zelfcompassie. In een gerandomiseerd onderzoek doorliep de experimentele conditie (N=117) de zelfcompassietraining met behulp van een zelfhulpboek en e-mailbegeleiding. De controleconditie (N=111) kwam op een wachtlijst te staan. Voor de statistische analyse werd gebruikt gemaakt van een voor- en een nameting van de mate van welbevinden en zelfcompassie. De resultaten laten zien dat de zelfcompassietraining tot een hoger niveau van welbevinden heeft geleid. Een toename in zelfcompassie kan voor een deel een toename in welbevinden verklaren. Verder zijn de demografische variabelen geslacht en leeftijd en de mate van welbevinden niet van invloed op de mate van zelfcompassie van participanten. Samenvattend benadrukt dit onderzoek het belang van zelfcompassie in het bevorderen van de geestelijke gezondheid. Een dergelijke zelfcompassietraining blijkt effectief en geschikt voor een grote doelgroep.

Inhoud

1. Inleiding	4
1.1 Demografische kenmerken en de mate van welbevinden	8
2. Methode	10
2.1 Participanten	10
2.2 Materiaal	10
2.3 Procedure	11
2.4 Analyse	12
3. Resultaten	14
3.1 Beschrijvende statistiek	14
3.2 Effecten op welbevinden	14
3.3 De invloed van zelfcompassie op welbevinden	15
3.4 Specifieke groepskenmerken	16
4. Discussie	19
4.1 Sterke kanten en beperkingen van het onderzoek	21
4.2 Implicaties voor toekomstig onderzoek	22
4.3 Conclusie	23
5. Referentielijst	24

1. Inleiding

Volgens de World Health Organisation (2005) is geestelijke gezondheid : “a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stress of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community”. Binnen deze definitie valt op dat geestelijke gezondheid niet alleen als de afwezigheid van psychopathologie wordt gezien. Deze visie komt ook naar voren bij het twee-continua-model (Keyes, 2002; Keyes, 2005; Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster & Keyes, 2011). Dit model laat zien dat welbevinden en psychopathologie twee afzonderlijke factoren zijn. Hierbij betekent de afwezigheid van psychopathologie niet automatisch een hoog welbevinden. In de geestelijke gezondheidszorg is het daarom belangrijk erop te richten dat psychopathologie afneemt én dat welbevinden toeneemt (Bohlmeijer, Bolier, Westerhof & Walburg, 2015). Met betrekking tot welbevinden kan een indeling worden gegeven in emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden. Emotioneel welbevinden heeft betrekking op de subjectieve ervaring van welbevinden. Psychologisch welbevinden heeft te maken met de zelfrealisatie van een individu. Bij sociaal welbevinden gaat het om het functioneren van het individu in de maatschappij (Bohlmeijer et al., 2015). Samenvattend is geestelijke gezondheid niet alleen het ontbreken van mentale ziektes, maar eveneens een toestand waarin een individu een grote mate aan emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden heeft (Keyes, 2002; Keyes, 2005; Keyes & Westerhof, 2008).

De mate van welbevinden kan in drie niveaus ingedeeld worden (Keyes, 2002). ‘Flourishing’ omschrijft een hoge mate van welbevinden, waarbij een individu in hoge mate emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden rapporteert. Een lage mate van welbevinden wordt ‘languishing’ genoemd. Daartussenin ligt het gematigd niveau van welbevinden (moderately mentally healthy). Onderzoek toont aan dat languishing met name bepaald wordt door een laag emotioneel welbevinden en samenhangt met beperkingen in het dagelijks leven en met veel ziekteverzuim (Keyes, 2002; Keyes, 2005; Keyes, 2007). Personen die als languishing te karakteriseren zijn of een gematigd niveau van welbevinden hebben, hebben bovendien een verhoogde kans op mortaliteit, ook na correctie van bekende risicofactoren als: leeftijd, roken of lichamelijke ziektes (Keyes & Simoes, 2012). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat languishers over het algemeen een minder gezonde leefstijl vertonen. Volwassenen die in de categorie flourishing vallen, hebben de minste beperkingen in het alledaagse leven, het meest gezonde psychosociale functioneren, het laagste risico op chronische fysiologische ziektes en zij hebben minder gezondheidszorg nodig (Keyes, 2007). Flourishing kan als een beschermende factor voor geestelijke ziekte gezien worden. Als de mate van welbevinden in de bevolking verhoogd wordt, kunnen bovendien mentale ziektes worden verminderd en de levenskwaliteit van de algemene bevolking verbeterd worden (Huppert,

2009).

In de Amerikaanse bevolking is niet meer dan 20 % van de volwassenenbevolking als flourishing te karakteriseren (Keyes, 2007). In de Nederlandse bevolking ligt het deel flourishers bij 35% (Keyes & Westerhof, 2008). Dit percentage is laag, omdat onderzoek aantoonde dat alles lager dan flourishing veel negatieve gevolgen heeft (Keyes, 2007). Verder is het bevorderen van flourishing van belang omdat welbevinden een positieve invloed heeft op veerkracht en het functioneren van families en maatschappijen (Bohlmeijer et al., 2015; Foresight, 2008). Daarnaast zou het verhogen van het percentage flourishers economische kosten verminderen, doordat bijvoorbeeld minder gezondheidszorg nodig is (Keyes, 2007; Keyes & Westerhof, 2008). Hierdoor wordt het belang duidelijk van het bevorderen van geestelijke gezondheid en de behoefte aan interventies die de mate van welbevinden kunnen verhogen.

Een concept dat in de literatuur veel wordt genoemd in verband met welbevinden is compassie. Compassie wordt beschreven als een 'ruimhartige, belangeloze houding ten opzichte van lijden, vanuit een besef van medemenselijkheid' (Van den Brink & Koster, 2015). Enerzijds gaat het bij compassie erom aanwezig leed te accepteren en het te verdragen. Anderzijds gaat het om het verzachten van leed voor zover dit mogelijk is. Hierop sluit zelfcompassie aan, dat in drie componenten wordt onderverdeeld (Neff, 2003). De eerste component is 'self-kindness'. Daarbij gaat het erom zichzelf vriendelijk en begripvol te bejegenen bij pijn of falen. Self-kindness kan derhalve als het tegenovergestelde van zelfkritiek worden gezien. De tweede component van zelfcompassie die Neff (2003) noemt is 'common humanity', dat als tegendeel van zelfisolatie kan worden gezien. Dit houdt in dat lijden en kwetsbaarheid deel zijn van het menszijn en dat men beseft dat ze niet de enigen zijn met deze ervaringen. Als derde component wordt 'mindfulness' genoemd. Mindfulness omschrijft een open en niet-waarderende houding tegenover pijnvolle gevoelens en reacties daarop en staat in tegenstelling tot overidentificatie en zelfabsorptie.

Het belang van een hoge mate van zelfcompassie wordt duidelijk bij de beschouwing van de effecten van zelfcompassie. Zelfcompassie is gerelateerd aan een grotere levenstevredenheid, sociale verbondenheid, emotionele intelligentie en geluk (Barnard & Curry, 2011). Daarnaast kan zelfcompassie van belang zijn bij het bevorderen van gezond gedrag, zoals gezond eten, lichamelijke activiteit en stressmanagement (Hirsch, Kitner & Sirois, 2015). Reden hiervoor zou kunnen zijn dat zelfcompassie de reactie van falen verzacht en de motivatie verhoogd doelen te halen. Verder is zelfcompassie negatief gerelateerd aan geestelijke ziektes zoals depressie (Yarnell, Stafford, Neff, Reilly, Knox & Mullarkey, 2015; Dundas, Lillebodstad Svendsen, Smith Wiker, Valvatne Granli & Schanche, 2016). Dit verband is tevens aangetoond in een meta-analyse (MacBeth & Gumlet, 2012). Hierbij was een hogere mate van

zelfcompassie sterk gerelateerd aan minder geestelijke ziektes, zoals depressie en angstklachten. Verder is aangetoond dat zelfcompassie veerkracht kan verhogen en van belang is voor de ontwikkeling van een hogere mate van welbevinden. In onderzoek over zelfcompassie en zelfvertrouwen en hun relatie met psychologisch functioneren, zijn zowel zelfcompassie als zelfvertrouwen voorspellers voor geluk, optimisme en positief affect (Neff & Vonk, 2009). Zelfcompassie voorspelt hierbij echter meer gevoelens van eigenwaarde dan zelfvertrouwen. Daarnaast heeft zelfcompassie een sterker negatief effect op concepten als sociale vergelijking en ruminatie met betrekking tot zichzelf. De resultaten tonen aan dat zelfcompassie een gezonde houding tegenover zichzelf kan bevorderen.

Doordat zelfcompassie positief gerelateerd is aan welbevinden en negatief gerelateerd is aan psychopathologie, kan veronderstelt worden dat interventies die zelfcompassie bevorderen baat opleveren voor een grote doelgroep (Barnard & Curry, 2011; Hall, Row, Wuensch & Godley, 2013). Er bestaan interventies die gericht zijn op zelfcompassie en het verhogen van de positieve aspecten van zelfcompassie. Een voorbeeld hiervan is de "Compassionate Focused Therapy" die erop gericht is de mate van zelfcompassie bij klinische doelgroepen te verhogen, die een hoge mate van schaamte en zelfkritiek vertonen (Gilbert, 2009; Gilbert & Procter, 2006). Een ander voorbeeld is het "Mindful Self-compassion program", dat voor zowel klinische als niet-klinische populaties geschikt is en eveneens de ontwikkeling en de verhoging van zelfcompassie als doel heeft (Neff & Germer, 2012). De structuur van het Mindful Self-compassion program is in navolging van het Mindful-Based-Stress-Reduction-Program ontwikkeld. Zo vindt de cursus gedurende acht weken één keer per week plaats in een groepssetting met twee leiders. Daarnaast wordt een training in mindfulness als belangrijk geacht, omdat mindfulness als belangrijke vaardigheid wordt gezien voor het ontwikkelen van zelfcompassie.

Dit onderzoek beschouwt de effecten van de compassie-cursus 'Compassie als sleutel tot geluk, voorbij stress en zelfkritiek' (Hulsbergen & Bohlmeijer, 2015). Deze cursus is een compassietraining in de vorm van begeleide zelfhulp, gebaseerd op de Compassion Focused Therapy en aangevuld met oefeningen van Neff (Gilbert, 2014; Neff & Germer, 2012). In tegenstelling tot eerder onderzoek is deze studie gericht op niet-klinische doelgroepen. Daarnaast gaat het om een pure compassietraining, die niet onder aanleiding van professionals wordt gegeven, maar die de deelnemers zelfstandig kunnen uitvoeren. Zelfhulpinterventies zijn kosteneffectief en kunnen een grote doelgroep bereiken (Bolier et al., 2013). Binnen dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van e-mailbegeleiding, omdat zelfhulpinterventies effectiever zijn als de deelnemers ondersteunt worden gedurende de interventie (Schueller & Parks, 2014). Doel van de cursus 'Compassie als sleutel tot geluk, voorbij stress en zelfkritiek' is het vergroten van compassie voor anderen en voor zichzelf en het vergroten van welbevinden (Bohlmeijer, Spijkerman

& Elfrink, 2015). Op basis hiervan is de cursus gericht op personen met een laag of gemiddeld niveau van welbevinden. Onderzoek naar de effectiviteit van de compassietraining is relevant voor het bevorderen van de geestelijke gezondheid en voor het vinden van mogelijkheden om het percentage van flourishers in de bevolking te verhogen (Keyes, 2007; Keyes & Westerhof, 2008; MacBeth & Gumley, 2012). Op basis hiervan luidt de onderzoeksvraag:

Wat is het effect van de zelfhulpinterventie 'Compassie als sleutel tot geluk, voorbij stress en zelfkritiek' en welke groepen hebben baat bij de interventie?

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden zijn verschillende hypothesen opgesteld. De interventie is gebaseerd op andere zelfcompassie-interventies die de mate van welbevinden van participanten hebben verhoogd (Gilbert, 2014; Neff & Germer, 2012). Daarnaast is een hogere mate van zelfcompassie gerelateerd aan een hogere mate van welbevinden en veerkracht (Barnard & Curry, 2011; MacBeth & Gumlet, 2012). Hieruit volgen de eerste twee hypothesen:

H1: De interventie 'Compassie als sleutel tot geluk, voorbij stress en zelfkritiek' leidt tot een hoger niveau van welbevinden.

H2: Een hoger niveau van welbevinden wordt verklaard door een hogere mate van zelfcompassie.

Het is van belang te achterhalen hoe de effectiviteit van dergelijke interventies kan worden verbeterd (Bolier et al., 2013). Personalisatie is een strategie om de baat, de overtuigingskracht, de gebruiksvriendelijkheid en het bereik van een interventie te verhogen (Van Gemert-Pijnen, Peters & Ossebaard, 2013). Personalisatie houdt in dat de inhoud en de vorm van een interventie aangepast wordt aan de persoonlijke kenmerken van individuen, zoals geslacht en leeftijd (Kelders, 2015). Een interventie wordt bijvoorbeeld overtuigender wanneer gebruik gemaakt wordt van berichten die afgestemd zijn op de kenmerken van een individu. Daarnaast wordt een interventie gebruiksvriendelijker als er rekening wordt gehouden met de behoeftes en de wensen van het individu (Van Gemert-Pijnen et al., 2013). Hiervoor moet onderzocht worden welke demografische kenmerken van invloed zijn op de effectiviteit van de interventie. Eerder onderzoek laat zien dat de invloed van factoren zoals geslacht en leeftijd op de mate van zelfcompassie in de literatuur varieert (MacBeth & Gumley, 2012; Dundas et al., 2016; Shapiro, Biegel & Warren Brown, 2007). Daarnaast is onduidelijk wat de invloed van welbevinden op de mate van zelfcompassie is. Dit onderzoek besteedt hieraan aandacht.

1.1 Demografische kenmerken en de mate van welbevinden

In een meta-analyse met betrekking tot de baat van verschillende interventies hadden depressieve participanten meer baat dan niet-depressieve participanten (Sin & Lyubomirsky, 2009). Een mogelijke verklaring hiervoor is, dat depressieve participanten meer ruimte hebben om te verbeteren. In een andere meta-analyse met betrekking tot perinatale depressie is de ernst van depressie een moderator variabele (Claridge, 2014). Een mogelijke verklaring hierbij is eveneens meer ruimte tot verbetering. Binnen dit onderzoek wordt eveneens de aanname gehanteerd dat participanten met een laag beginniveau in grotere mate kunnen verbeteren. In dit onderzoek worden de demografische kenmerken geslacht en leeftijd en de mate van welbevinden van de participanten beschouwd. Hierbij wordt ervan uitgegaan, dat participanten die een lager beginniveau van zelfcompassie vertonen een grotere toename van zelfcompassie hebben en daarom meer baat zullen hebben bij de interventie.

Geslacht. Er bestaat eerder onderzoek naar de mate van zelfcompassie op basis van geslacht, dat geen significant verschil laat zien tussen mannen en vrouwen (Dundas et al., 2016; Mac Beth & Gumley, 2012). Echter zijn er ook studies die significante verschillen laten zien, waarbij mannen hoger scoren op zelfcompassie dan vrouwen (Barnard & Curry, 2011; Lockard, Heyes, Neff & Locke, 2014; Yarnell et al., 2015). Dit verschil is klein en er is onvoldoende onderzoek gedaan naar de verschillen in zelfcompassie met betrekking tot geslacht, waardoor meer onderzoek nodig is (MacBeth & Gumley, 2012). Als een verschil in de mate van zelfcompassie bestaat op basis van het geslacht kan hiermee rekening worden gehouden in het design van een zelfcompassietraining. Een interventie kan zo beter toegepast worden op de doelgroep (Kelders, 2015). In de literatuur zijn meer studies te vinden die een verschil in zelfcompassie op basis van het geslacht aantonen. Hiermee houden de volgende hypothesen rekening:

H3a: Mannen vertonen voorafgaand aan de cursus een hogere mate van zelfcompassie dan vrouwen.

H3b: Vrouwen vertonen bij de cursus 'Compassie als sleutel tot geluk, voorbij stress en zelfkritiek' een grotere toename van zelfcompassie dan mannen.

Leeftijd. Doordat de standpunten in de literatuur met betrekking tot leeftijd en de mate van zelfcompassie verschillend zijn, wordt duidelijk dat nog niet voldoende onderzoek gedaan is. Er bestaan resultaten waarbij leeftijd niet gerelateerd is aan de mate van zelfcompassie (Dundas et al., 2016) en er bestaan resultaten waarbij een hogere leeftijd gerelateerd is aan een hogere mate van zelfcompassie (Shapiro et al., 2007). Omdat er weinig resultaten met betrekking tot leeftijd en de mate van welbevinden te vinden zijn en omdat deze resultaten tegenstrijdig zijn, wordt mindfulness in verband met leeftijd beschouwd. Mindfulness is een concept dat aan zelfcompassie gerelateerd is en waarnaar meer

onderzoek gedaan is. Zo laat onderzoek naar “Mindfulness-Based Stress Reduction” bij ouderen zien dat deelnemers van 70 jaar en ouder met lichte depressieve klachten de grootste toename in positief affect vertonen ten opzichte van andere leeftijdsgroepen (Gallegos, Hoerger, Talbot, Moynihan & Duberstein, 2013). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat mindfulness strategieën voor emotieregulatie bevordert die vooral ouderen gebruiken. In een ander onderzoek vertonen oudere volwassenen bij deelaspecten van mindfulness, observeren en bewust handelen, hogere scores dan andere populaties (Splevins, Smith & Simpson, 2009). Op basis van deze resultaten wordt verondersteld dat de ontwikkeling van mindfulness als een onderdeel van het ouder worden gezien kan worden. Ouderen ervaren daarnaast minder negatief affect dan jongeren, waarbij mindfulness een mogelijke mediator is en een positieve correlatie bestaat tussen leeftijd en mindfulness (Raes, Bruyneel, Loeys, Moerkerke & De Raedt, 2013). Bovendien wordt leeftijd geassocieerd met een toename van acceptatie (Shallcross, Ford, Floerke & Mauss, 2012). Op basis hiervan zijn volgende hypothesen opgesteld:

H4a: Oudere participanten vertonen voorafgaand aan de cursus een hogere mate van zelfcompassie dan jongere participanten.

H4b: Jongere participanten vertonen bij de cursus ‘Compassie als sleutel tot geluk, voorbij stress en zelfkritiek’ een grotere toename aan zelfcompassie dan oudere participanten.

Languishers/gematigd niveau van welbevinden. Languishing is gerelateerd aan beperkingen in het alledaagse leven en veel ziekteverzuim (Keyes, 2005; Keyes, 2007). In tegenstelling tot languishing, ontwikkelen flourishers meer veerkracht en bronnen die hen in moeilijke periodes kunnen helpen (Cohn, Fredrickson, Brown, Mikels & Conway, 2009). Binnen dit onderzoek is flourishing een exclusiecriteria. Met betrekking tot de mate van welbevinden voorafgaande het onderzoek kunnen daarom deelnemers beschouwd worden die als languishing beschreven worden of die een gematigd niveau van welbevinden hebben. Daarnaast is een hogere mate van zelfcompassie gerelateerd aan een hoger niveau van welbevinden (Barnard & Curry, 2011; Dundas et al., 2016). Voor het toepassen van personalisatie bij zelfcompassieinterventies is het belangrijk te weten, of een hogere mate van welbevinden een voorspellende variabele is voor de mate van zelfcompassie. Op basis hiervan zijn de volgende hypothesen:

5a. Participanten met een gemiddeld niveau van welbevinden vertonen voorafgaand aan de cursus een hogere mate van zelfcompassie dan languishers.

5b. Languishers vertonen bij de cursus ‘Compassie als sleutel tot geluk, voorbij stress en zelfkritiek’ een grotere toename aan zelfcompassie dan participanten die voorafgaand aan de cursus een gemiddeld niveau van welbevinden hadden.

2. Methode

2.1 Participanten

Bij dit onderzoek werden exclusiecriteria gehanteerd (Bohlmeijer et al., 2015). Uitgesloten werden participanten met matige depressie- of angstklachten en participanten met een hoog welbevinden (flourishers). De mate van depressieve of angstklachten werd met behulp van de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) bepaald (Zigmond & Snaith, 1983). De cut-off voor matige klachten lag bij een score van 11 op een schaal van 0 tot 21. De mate van welbevinden werd met behulp van de Mental Health Continuum – Short Form bepaald (Keyes, 2002). Van de oorspronkelijk 243 deelnemers werden er 15 flourishers gevonden door de T0-meting, die vervolgens zijn uitgesloten bij de analyse. Op basis hiervan werd in de analyse gebruik gemaakt van 117 deelnemers in de experimentele conditie en 111 deelnemers in de controle conditie.

Van de 228 deelnemers waren 56 man en 172 vrouw. De gemiddelde leeftijd lag bij 53.03 jaar (SD= 9.76), waarbij de jongste deelnemer 20 jaar oud was en de oudste 78 jaar. In de steekproef waren 54.8 % van de deelnemers getrouwd of in een geregistreerd partnerschap. Gescheiden waren 20.2%, weduwe of weduwnaar waren 3.1 %. Daarnaast gaven 21.9 % van de deelnemers aan nooit getrouwd geweest te zijn. Met betrekking tot het hoogste afgeronde opleidingsniveau hadden 6.9 % van de deelnemers een laag opleidingsniveau, 4.8 % een gemiddeld opleidingsniveau en 85.5 % een hoog opleidingsniveau. Verder gaven 2.6 % van de deelnemers aan zich niet in deze indeling te kunnen vinden.

2.2 Materiaal

Demografische variabelen. De T0-meting bevatte vragen om de demografische variabelen geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en burgerlijke staat te bepalen.

Welbevinden. De mate van welbevinden van de deelnemers werd gemeten met behulp van de Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) (Keyes, 2002). Deze vragenlijst had 14 items en werd vertaald naar het Nederlands (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster & Keyes, 2011). De MHC-SF omvatte de drie componenten emotioneel (drie items), sociaal (vijf items) en psychologisch welbevinden (zes items). Een voorbeelditem voor emotioneel welbevinden was 'In de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel dat u gelukkig was?'. Voor sociaal welbevinden werd bijvoorbeeld gevraagd naar het volgende item: 'In de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel dat u iets belangrijks hebt bijgedragen aan de samenleving?'. En een voorbeeld uit de subschaal psychologisch welbevinden was: 'In de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel dat u de meeste aspecten van uw persoonlijkheid graag mocht?'. De items werden op een Likertschaal beantwoord (0 = 'nooit', 5 = 'elke dag'). Een hogere score toonde hierbij

een hogere mate van welbevinden aan. Omdat de drie subschalen correleerden (tussen .47 en .64) was het eveneens mogelijk om met de totaalscore te werken (Westerhof & Keyes, 2008). De betrouwbaarheid van de MHC-SF binnen dit onderzoek was hoog (T0: $\alpha = 0.84$; T1: $\alpha = 0.89$).

De MHC-SF was geschikt voor het categoriseren van de mate van welbevinden onder flourishing, gematigd en languishing (Bohlmeijer et al., 2015). Om in de categorie flourishing te vallen moest een respondent ten eerste hoog scoren (score 4 of 5) op tenminste één items van de subschaal emotioneel welbevinden. Ten tweede moest een respondent tenminste zes van de overige items hoog scoren. De mate van welbevinden was als languishing te karakteriseren als een respondent ten eerste laag scoorde (0 of 1) op tenminste één items van de subschaal emotioneel welbevinden. Ten tweede moest de respondent op tenminste zes van de overige items laag scoren. Respondenten die niet in de categorie flourishing vielen én niet in de categorie languishing vielen in de categorie gematigd niveau van welbevinden.

Zelfcompassie. Zelfcompassie werd gemeten met de Self-Compassion Scale Short Form (SCS-SF) (Neff & Vonk, 2009). De SCS-SF bevatte twaalf items die op een Likertschaal (1='zelden of nooit', 7='bijna altijd') beantwoord werden. Een voorbeelditem was: 'Als ik een moeilijke tijd mee maakt, geef ik mezelf de zorg die ik nodig heb.'. De psychometrische kwaliteiten van de Nederlandse vertaling van de SCS-SF waren goed, vooral als de totaalscore werd bekeken (Raes, Pommier, Neff & Van Gucht, 2011). De betrouwbaarheid van de SCS-SF binnen dit onderzoek was hoog (T0: $\alpha = .88$; T1: $\alpha = .89$).

2.3 Procedure

De onderzoekspopulatie bestond uit zowel mannen als vrouwen die 18 jaar of ouder waren en een laag tot matig niveau van welbevinden rapporteerden. Verdere inclusiecriteria waren dat participanten over een computer of tablet met internetverbinding beschikten, een e-mailadres hadden en de Nederlandse taal voldoende beheersten (Bohlmeijer et al., 2015). Daarnaast moesten deelnemers hun toestemming geven voor de deelname door middel van een informed consent. De werving van deelnemers vond plaats door middel van advertenties in landelijke dagbladen. Geïnteresseerde personen kregen op een website (www.utwente.nl/zelfcompassie) meer informatie over het onderzoek en de aanmelding. Via deze website vond eveneens de screening van deelnemers plaats. Na de aanmelding en screening van alle deelnemers werd een randomisatie voor de controle- en de experimentele conditie doorgevoerd. De randomisatie was gestratificeerd naar geslacht en opleidingsniveau (MBO of lager, HBO of hoger) (Bohlmeijer et al., 2015).

Participanten uit de experimentele conditie doorliepen de compassie cursus 'Compassie als sleutel

tot geluk, voorbij stress en zelfkritiek'. Deze cursus had als doel dat deelnemers meer compassie voor zichzelf en anderen zouden ontwikkelen en meer welbevinden zouden ervaren. De cursus maakte gebruik van een zelfhulpboek. Dit boek had uit zeven hoofdstukken, waarin eerst informatie werd gegeven over een bepaald onderwerp dat van belang was voor zelfcompassie en welbevinden en waar vervolgens verschillende oefeningen gedaan konden worden (Hulsbergen & Bohlmeijer, 2015). Onderwerpen van de hoofdstukken waren 1) zelfkritiek en zelfcompassie, 2) emotiesystemen, 3) vriendelijkheid ontwikkelen, 4) hulpbronnen aanspreken, 5) jeugdervaringen verwerken, 6) omstandigheden veranderen en 7) compassie voor anderen. Met betrekking tot de onderwerpen waren er verschillende manieren van oefeningen, zoals meditatie-, visualisatie- en ervaringsoefeningen. Een voorbeeld uit het hoofdstuk over zelfkritiek en zelfcompassie was een mindfulness-oefening, waarbij de deelnemer een bodyscan deed. Een ander voorbeeld uit het zesde hoofdstuk was, dat de deelnemer zijn eigen leefomstandigheden beoordeelde en vervolgens nadacht of delen hiervan veranderd konden worden om minder stress en meer plezier te ervaren. De cursus duurde zeven tot negen weken en het was de bedoeling dat deelnemers circa twee tot vier uren per week aan de compassiecursus gingen besteden en één of twee oefeningen per hoofdstuk deden (Bohlmeijer et al., 2015). Participanten uit de experimentele conditie kregen procesondersteuning en inhoudelijke ondersteuning door middel van e-mailcontact met een begeleider. De participanten stuurden één keer per week op een afgesproken dag een e-mail met hun ervaringen en vragen. Binnen twee tot drie werkdagen kregen ze een e-mail terug met feedback en vragen over mogelijke moeilijkheden. Begeleiders waren twee psychologen en twee Masterstudenten psychologie van de Universiteit Twente, onder supervisie van een GZ-psycholoog (Bohlmeijer et al., 2015). Participanten uit de controleconditie kwamen op een wachtlijst te staan. Zij mochten de zelfhulpcursus zes maanden na begin van het onderzoek doorlopen.

Gedurende de studie vonden vier metingen plaats. De vragenlijsten die hiervoor gebruikt werden konden online worden ingevuld. De participanten vulden vragenlijsten in voordat de studie begon (T0). T1 volgde drie maanden later. Binnen deze drie maanden doorliep de experimentele conditie de zelfhulpcursus. Verder volgden twee follow-up metingen T2 en T3, respectievelijk 6 maanden en 12 maanden na begin van de studie. Binnen dit onderzoek werd gebruikt gemaakt van de T0 en de T1 meting.

2.4 Analyse

Het design van de studie was een randomized controlled trial (experimentele versus controleconditie) met een voor- en een nameting. De statistische analyses werden met behulp van de software SPSS (versie 21.0) uitgevoerd. Een $\alpha < 0.05$ werd hierbij als statistisch significant gezien.

Effecten van de interventie op welbevinden. Om de effecten van de interventie te achterhalen werd een herhaalde metingen ANOVA uitgevoerd (Singh, Rana & Singhal, 2013). Hierbij was de mate van welbevinden de binnen-proefpersonen variabele en de conditie de tussen-proefpersonen variabele. Vervolgens werd met behulp van een Chi Kwadraat toets gekeken of de experimentele groep na afloop van de interventie significant meer flourishers had dan de controlegroep.

De invloed van zelfcompassie op welbevinden. Om het effect te achterhalen van de interventie op de mate van zelfcompassie werd een ANOVA uitgevoerd met de mate van zelfcompassie bij de T1-meting als afhankelijke variabele en de conditie als onafhankelijke variabele. De tweede hypothese werd getoetst met een herhaalde metingen ANOVA met de mate van welbevinden als afhankelijke variabele, de conditie als onafhankelijke variabele en met de T1 meting van zelfcompassie als covariaat.

Geslacht. Om Hypothese 3a te achterhalen werd een ANOVA uitgevoerd met de mate van zelfcompassie bij de T0-meting als afhankelijke variabele en het geslacht als onafhankelijke variabele. Vervolgens werd getoetst of vrouwen een grotere toename in zelfcompassie hadden dan mannen. Hiervoor werd een ANOVA uitgevoerd waarbij de verschilscore van de T0- en de T1-meting van de mate van zelfcompassie de afhankelijke variabele was en conditie én geslacht onafhankelijke variabelen. De verschilscore werd berekend door de totaalscore van zelfcompassie van de T0-meting af te trekken van de totaalscore van de T1-meting.

Leeftijd. Met betrekking tot leeftijd werden vooraf twee groepen gevormd op basis van de mediaan van de leeftijd. Om te toetsen of oudere deelnemers een hogere mate van zelfcompassie vertoonden dan jongere deelnemers werd een ANOVA uitgevoerd met de mate van zelfcompassie bij de T0-meting als afhankelijke variabele en de leeftijd als onafhankelijke variabele. Daarna werd een ANOVA uitgevoerd met de verschilscore van zelfcompassie als afhankelijke variabele en de conditie én de leeftijd als onafhankelijke variabelen. Hiermee werd Hypothese 4b bekeken.

Mate van welbevinden. Voor het toetsen van Hypothese 5a werd een ANOVA uitgevoerd met de mate van zelfcompassie bij de T0-meting als afhankelijke variabele en de categoriale indeling van welbevinden als onafhankelijke variabele. Om te achterhalen of languishers een grotere toename in zelfcompassie hadden dan participanten met een gemiddeld niveau van welbevinden, werd een ANOVA uitgevoerd. Hierbij was de verschilscore van zelfcompassie de afhankelijke variabele en de conditie én de mate van welbevinden onafhankelijke variabelen.

3. Resultaten

3.1 Beschrijvende statistiek

De beschrijvende statistiek van de mate van welbevinden en zelfcompassie van de participanten is in Tabel 3.1 weergegeven. Conform het exclusie criterium dat geen personen met een hoge mate van welbevinden deel konden nemen aan de studie, was de gemiddelde totaalscore van de MHC-SF bij de T0-meting lager dan Nederlandse normgegevens (Lamers et al., 2011). De gemiddelde totaalscore van de Nederlandse normgegevens die gebaseerd zijn op een representatieve steekproef lag bij 2.98.

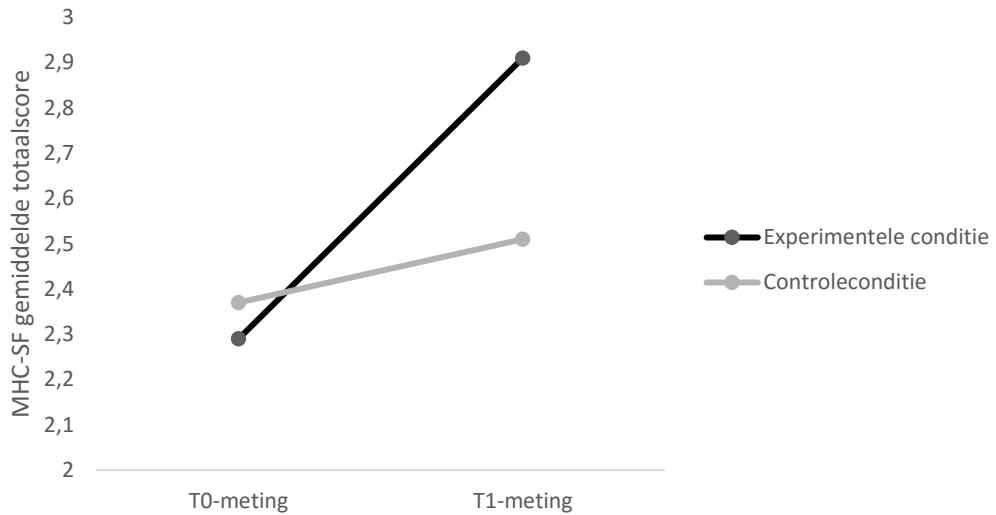
Tabel 3.1

Totaalscores van de MHC-SF en SCS-SF

	T0-meting		T1-meting	
	N	Gemiddelde (SD)	N	Gemiddelde (SD)
MHC-SF totaal				
Experimenteel	103	2.29 (.63)	103	2.91 (.77)
Controle	99	2.37 (.55)	99	2.51 (.69)
SCS-SF totaal				
Experimenteel	103	3.60 (.95)	103	4.52 (.91)
controle	96	3.54 (.97)	96	3.89 (1.03)

3.2 Effecten op welbevinden

De herhaalde metingen ANOVA liet een significant hoofdeffect zien van tijd ($F(1, 200)=78.49, p<.001, \eta^2=.28$). Hierbij ging het om een toename van de mate van welbevinden. Het tussen-proefpersonen effect was niet significant ($F(1,200)= 3.86, p=.05, \eta^2=.02$). Er werd een significant interactie-effect gevonden tussen de tijd en de verschillende condities ($F(1, 200)=32.79, p<.001, \eta^2=.14$). Een nadere beschouwing hiervan liet zien dat het verschil in welbevinden tussen de condities bij de T0-meting niet significant was ($F(1, 200)=0.91, p=.34, \eta^2=.005$) en bij de T1-meting wel significant was ($F(1, 200)=15.54, p<.001, \eta^2=.07$). Dat wil zeggen, dat de mate van welbevinden bij de nameting bij de experimentele conditie significant hoger was dan bij de controleconditie. In Figuur 3.1 is het interactie-effect tussen de voor- en nameting van de gemiddelde mate van welbevinden per conditie te zien.



Figuur 3.1. Interactie-effect van de mate van welbevinden van de twee condities

In Tabel 3.2 is het aantal languishers, het aantal personen met een gemiddeld niveau van welbevinden en het aantal flourishers voor beide condities en de T0- en T1-meting te zien. De Chi Kwadraat toets toonde aan dat na afloop van de zelfcompassie cursus significant meer flourishers in de experimentele conditie waren ($\chi^2(2, N=202)=13.21, p<.001$). Op basis van deze resultaten werd de hypothese bevestigd dat de interventie ‘Compassie als sleutel tot geluk, voorbij stress en zelfkritiek’ tot een hoger niveau van welbevinden leidt.

Tabel 3.2

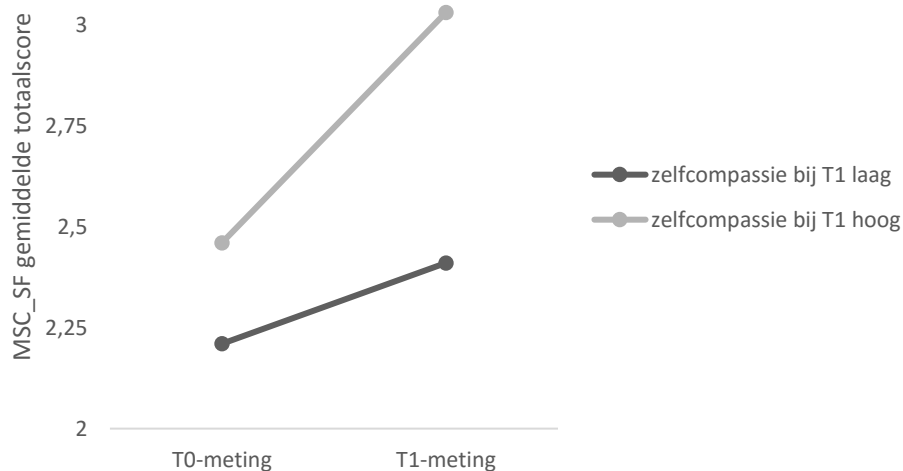
Aantal languishers, personen met matig niveau van welbevinden en flourishers

	T0-meting		T1-meting	
	experimenteel	controle	experimenteel	controle
Languishing	15	11	3	12
Matig niveau van welbevinden	102	100	70	75
Flourishing	-	-	30	12

3.3 De invloed van zelfcompassie op welbevinden

De resultaten van de ANOVA lieten zien dat er een significant verschil was tussen de condities met betrekking tot de mate van zelfcompassie bij de T1-meting, waarbij zelfcompassie hoger was in de experimentele conditie ($F(1, 197)=20.95, p<.001, \eta^2=.1$). De tweede hypothese was, dat het niveau van welbevinden werd verhoogd door een hogere mate van zelfcompassie. De resultaten van de herhaalde metingen ANOVA lieten zien dat de T1-meting van de mate van zelfcompassie een significant covariaat was ($F(1,196)=33.58, p<.001, \eta^2=.15$). Verder was het hoofdeffect van de tijd niet meer significant op het

moment dat rekening werd gehouden met de covariaat zelfcompassie bij de T1-meting ($F(1, 196)=2.92$, $p=.09$, $\eta^2=.02$). De tussen-proefpersoon effect van de condities was niet significant ($F(1, 196)=0.02$, $p=.9$, $\eta^2<.001$). Er was wel een significant interactie-effect tussen de tijd en de conditie ($F(1, 196)=19.85$, $p<.001$, $\eta^2=.09$). Daarnaast lieten de resultaten een significant interactie-effect zien tussen het tijdseffect van welbevinden en het niveau van zelfcompassie bij de nameting ($F(1, 196)=14.81$, $p<.001$, $\eta^2=.07$). Ter verduidelijking is het interactie-effect in Figuur 3.2 weergegeven. Hiervoor werd de mate van zelfcompassie bij de T1-meting in twee groepen ingedeeld (laag, hoog) op basis van de mediaan. Het verschil van de T0- en de T1-meting van de mate van welbevinden was voor individuen met een hoge mate van zelfcompassie bij de T1-meting groter dan voor individuen met een lage mate van zelfcompassie bij de T1-meting. Dit komt overeen met de verwachtingen. De resultaten toonden aan dat het niveau van welbevinden voor een deel kon worden verklaart door de mate van zelfcompassie.



Figuur 3.2. Interactie van het tijdseffect en de mate van zelfcompassie bij de T1-meting

3.4 Specifieke groepskenmerken

In Tabel 3.3 zijn de totaalscores van de mate van zelfcompassie bij de T0-meting weergegeven. Met betrekking tot de steekproef valt op dat er weinig languishers zijn en veel deelnemers met een gematigd niveau van welbevinden.

Tabel 3.3

Totaalscore van de SCS-SF bij de T0-meting

SCS-SF totaal	T0-meting	
	N	Gemiddelde (SD)
Mannen	48	3.64 (1.02)
Vrouwen	151	3.55 (0.94)
18 tot 54 jaar	97	3.42 (0.89)
54.1 tot 85 jaar	102	3.71 (1.00)
Languishers	26	3.26 (0.81)
Gematigd niveau van welbevinden	202	3.63 (0.97)

De gemiddelde vershilscores voor geslacht, leeftijd en de mate van welbevinden zijn per conditie in Tabel 3.4 weergegeven. Alle vershilscores hebben een positieve waarde, wat een toename in zelfcompassie gedurende het onderzoek laat zien. Daarnaast zijn de vershilscores in de experimentele conditie hoger dan in de controleconditie.

Tabel 3.4

Vershilscores SCS-SF

	Vershil SCS-SF experimenteel	Vershil SCS-SF controle
	M (SD)	M (SD)
Mannen	.77 (.92)	.57 (.49)
Vrouwen	.95 (.87)	.26 (.68)
18 tot 54 jaar	.95 (.95)	.21 (.63)
54.1 tot 80 jaar	.87 (.78)	.46 (.63)
Languishers	.76 (.99)	.54 (.67)
Gematigd niveau van welbevinden	.94 (.86)	.33 (.64)

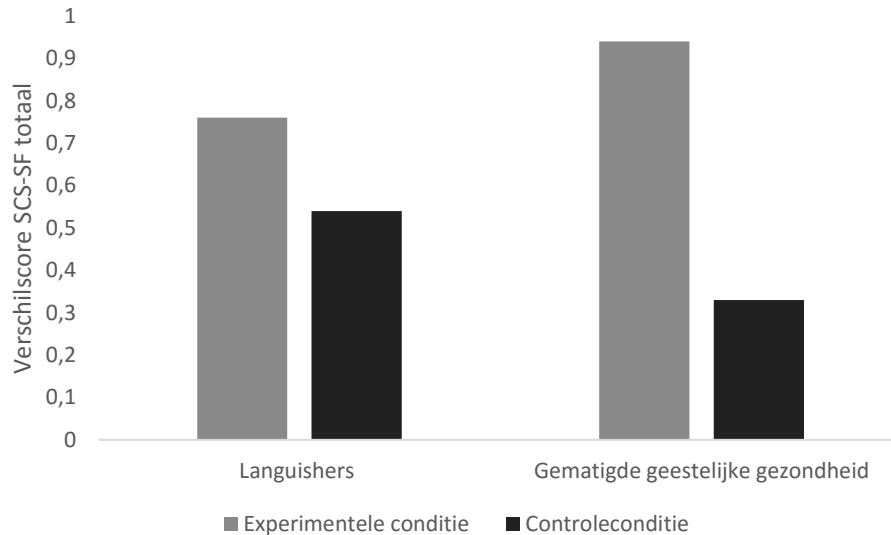
Geslacht. De gemiddelde totaalscores van de mate van zelfcompassie van mannen en vrouwen zijn in Tabel 3.3 weergegeven. De resultaten van de ANOVA lieten geen significant verschil zien van de mate van zelfcompassie voorafgaande aan de cursus tussen mannen en vrouwen ($F(1, 228)=0.11, p=.75, \eta^2<.001$). Hypothese 3a, die stelt dat mannen een hogere mate van zelfcompassie voorafgaande de cursus vertoonden werd op basis hiervan verworpen. Vervolgens werd een ANOVA uitgevoerd om de hypothese 3b te toetsen, dat vrouwen bij de interventie een grotere toename in zelfcompassie hadden dan mannen.

De resultaten lieten hierbij een significant effect zien voor het verschil tussen de condities ($F(1, 199)=11.93, p=.001, \eta^2=.06$), waarbij de experimentele conditie een hogere mate van zelfcompassie bij de T1-meting vertoonde. Het hoofdeffect van geslacht was niet significant ($F(1, 199)=0.28, p=.60, \eta^2=.001$). Het interactie-effect tussen de conditie en het geslacht was eveneens niet significant ($F(1, 199)=3.54, p=.06, \eta^2=.02$). Op basis hiervan werd Hypothese 3b verworpen.

Leeftijd. De gemiddelde mate van zelfcompassie is per leeftijdsgroep in Tabel 3.3 weergegeven. Hypothese 4a die stelt, dat oudere participanten voorafgaande aan de cursus een hoger niveau van zelfcompassie vertoonden werd met behulp van de ANOVA bevestigd ($F(1, 228)=4.73, p<.05, \eta^2=.02$). Vervolgens werd gekeken of jongere participanten bij de cursus een grotere toename in zelfcompassie hadden dan oudere participanten. De resultaten van de ANOVA lieten een significant hoofdeffect zien met betrekking tot de toename van zelfcompassie van de condities ($F(1, 199)=27.63, p<.001, \eta^2=.12$). Participanten uit de experimentele conditie vertoonden hierbij een grotere toename van zelfcompassie. Met betrekking tot de twee leeftijdsgroepen lieten de resultaten geen significant hoofdeffect zien ($F(1, 199)=0.36, p=.44, \eta^2=.00$). Daarnaast werd geen significant interactie-effect tussen de conditie en de twee leeftijdsgroepen gevonden ($F(1, 199)=0.61, p=.44, \eta^2=.01$). Op basis hiervan werd Hypothese 4b verworpen.

Mate van welbevinden. Hypothese 5a stelt, dat participanten met een gemiddeld niveau van welbevinden voorafgaand aan de cursus een hogere mate van zelfcompassie vertoonden dan languishers. Op basis van de resultaten van de ANOVA werd deze hypothese verworpen ($F(1, 228)=3.12, p=.07, \eta^2=.02$). Hypothese 5b stelt, dat participanten die voorafgaand aan de cursus een laag niveau van welbevinden hadden meer baat ervoeren bij de interventie dan participanten die voorafgaand aan de cursus een gemiddeld niveau van welbevinden hadden. Ter verduidelijking is de toename van zelfcompassie voor deze groepen in beide condities in Figuur 3.3 weergegeven. Bij de ANOVA was een significant hoofdeffect tussen de condities te zien ($F(1, 199)=5.22, p=.02, \eta^2=.03$), waarbij de experimentele conditie een sterkere toename in zelfcompassie had. Het hoofdeffect met betrekking tot de categoriale indeling van welbevinden was niet significant ($F(1, 199)=.007, p=.93, \eta^2<.001$). Daarnaast was er geen significant interactie-effect tussen de condities en de categoriale indeling van welbevinden ($F(1, 199)=1.13, p=.29, \eta^2<.001$). Op basis van deze resultaten werden Hypothesen 5a en 5b verworpen.¹

¹ Met betrekking tot de specifieke groepskenmerken (geslacht, leeftijd en mate van welbevinden) en de verschillen van de mate van zelfcompassie werd bij het uitvoeren van de ANOVA's niet voldaan aan de assumptie



Figuur 3.3. Toename in welbevinden voor languishers en deelnemers met een gematigd niveau bij TO

4. Discussie

Binnen dit onderzoek werd de cursus ‘Compassie als sleutel tot geluk, voorbij stress en zelfkritiek’ geëvalueerd. Er werd ten eerste onderzocht wat de effecten waren van de zelfcompassietraining met betrekking tot de mate van welbevinden en zelfcompassie. Uitspraken hierover zijn relevant voor het bevorderen van de geestelijke gezondheid en het niveau van welbevinden in de bevolking. Daarnaast bieden de uitspraken mogelijkheid om het percentage flourishers in de bevolking te verhogen. Ten tweede werd onderzocht of de demografische kenmerken geslacht en leeftijd en de mate van welbevinden van invloed zijn op de mate van zelfcompassie. De resultaten hiervan zijn relevant voor de personalisatie van zelfcompassie-interventies en het beter toepassen van dergelijke interventies op de deelnemers.

van gelijke varianties tussen de steekproeven (Levene’s test: $p < .05$). Op basis hiervan werd vervolgens een Welch test uitgevoerd. Bij een Welch test is het niet mogelijk om meerdere onafhankelijke variabelen tegelijkertijd te beschouwen. Dat is de reden dat alleen de experimentele conditie werd beschouwd. Deze analyse bevestigde de resultaten uit de ANOVA’s. De Welch test gaf geen significant resultaat voor het effect van geslacht op de mate van zelfcompassie in de experimentele conditie ($F(1, 25.74)=0.57, p=.46$). De resultaten van de Welch test met betrekking tot de leeftijd waren eveneens niet significant ($F(1, 100.68)=0.2, p=.65$). Ook de resultaten van de Welch test met betrekking tot de twee groepen van welbevinden ($F(1, 82.80)=0.03, p=.85$) en de categoriale indeling van welbevinden ($F(1, 16.18)=0.39, p=.54$) waren niet significant.

De resultaten van dit gerandomiseerd onderzoek tonen aan dat deelnemers aan de zelfcompassietraining 'Compassie als sleutel tot geluk, voorbij stress en zelfkritiek' meer zelfcompassie leerden te vertonen en leerden hun mate van welbevinden te verhogen. Op basis van de literatuur werd verwacht dat de deelname aan de zelfcompassietraining tot significant meer flourishers zou leiden. Dit onderzoek bevestigd deze aanname. De mate van welbevinden van deelnemers die de zelfcompassietraining volgden nam conform de verwachtingen toe. Deze resultaten komen overeen met meta-analyses, waarbij soortgelijke interventies met als doel het verhogen van welbevinden effectief gebleken zijn (Bolier, Haverman, Westerhof, Riper, Smit & Bohlmeijer, 2013; Sin & Lyubomirsky, 2009).

Daarnaast hadden participanten die de zelfcompassietraining volgden na afloop van de cursus een hogere mate van zelfcompassie dan participanten in de controleconditie. Overeenkomend met de verwachtingen verklaarde een hogere mate van zelfcompassie voor een deel een hogere mate van welbevinden. Deze resultaten sluiten aan bij de veronderstelling dat zelfcompassie een belangrijk aspect is van de geestelijke gezondheid en geluk en psychologische veerkracht kan verhogen (Neff & Germer, 2012). Daarnaast wordt er in de literatuur van uitgegaan dat zelfcompassie van belang is voor de ontwikkeling van meer welbevinden, wat bevestigd dat een hogere mate van zelfcompassie in dit onderzoek voor een deel een hogere mate van welbevinden kon verklaren (MacBeth & Gumley, 2012).

Vervolgens werd gekeken of de demografische kenmerken geslacht en leeftijd en de mate van welbevinden van invloed waren op de mate van zelfcompassie van participanten. Met betrekking tot het geslacht werd verwacht dat mannen een hogere mate van zelfcompassie voorafgaand aan de cursus zouden vertonen. Op basis van de resultaten kan dit niet worden bevestigd. Verder kan in tegenstelling met de verwachting niet worden bevestigd dat vrouwen bij de interventie een grotere toename in zelfcompassie vertoonden. In een ander onderzoek, waarin eveneens geen significant verschil in de mate van zelfcompassie tussen mannen en vrouwen werd gevonden, wordt opgemerkt dat 70% van de steekproef vrouwen waren (MacBeth & Gumley, 2012). Dit is de reden waarom een generalisatie tot de algemene bevolking beperkt was. Omdat ook binnen dit onderzoek sprake was van een hoger percentage vrouwen (75.4%), moeten de resultaten voorzichtig worden beschouwd. In onderzoek waarbij wel een verschil in de mate van zelfcompassie met betrekking tot het geslacht werd gevonden, ging het vooral om jongere participanten of steekproeven met een groter percentage van etnische minderheden (Lockard et al., 2014; Yarnell et al., 2015). Een mogelijke verklaring is dat etnische minderheden een traditionelere rolverdeling hebben tussen mannen en vrouwen, waarbij vrouwen meer gericht zijn op de behoeftes van anderen in plaats van zichzelf en daarom in mindere mate zelfcompassie vertonen (Yarnell et al., 2015). Binnen dit onderzoek was sprake van een oudere steekproef en vergelijkbare culturele achtergronden.

Dit zou kunnen verklaren dat geen verschil werd gevonden in de mate van zelfcompassie met betrekking tot het geslacht. Een mogelijke verklaring zou zijn dat het verband tussen zelfcompassie en het geslacht complexer is dan verwacht en dat de rolverdelingen in een populatie een grotere invloed hebben op de mate van zelfcompassie dan het geslacht.

Met betrekking tot de leeftijd werd op basis van de literatuur verwacht dat oudere participanten een hoger niveau van zelfcompassie zouden vertonen dan jongere participanten. Deze verwachting wordt door de resultaten van dit onderzoek ondersteund. De aanname dat jongere participanten een sterkere toename in hun mate van zelfcompassie zouden hebben dan oudere participanten wordt echter niet bevestigd. Deze uitkomsten komen overeen met ander onderzoek waarbij eveneens oudere participanten een hogere mate van zelfcompassie vertoonden, maar jongere participanten geen sterkere toename in zelfcompassie lieten zien (Shapiro et al., 2007). Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de mate van zelfcompassie, zoals het bij mindfulness verwacht wordt, bij het ontwikkelingsproces hoort en met oudere leeftijd op natuurlijke wijze stijgt (Splevins et al., 2009; Raes et al., 2013).

Verder kan niet worden bevestigd dat deelnemers met een gemiddeld beginniveau van welbevinden een hogere niveau van zelfcompassie vertoonden dan languishers. Daarnaast vertoonden languishers geen sterkere toename in zelfcompassie dan deelnemers met een gemiddeld beginniveau van welbevinden. In plaats hiervan was de toename van zelfcompassie in beide groepen vergelijkbaar. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de groepen dicht op elkaar zaten. Voor de categorisatie van de mate van welbevinden in languishers en personen met een gematigd niveau van welbevinden werd de MHC-SF gebruikt (Keyes, 2002). Iemand die hierbij als languishing gecategoriseerd wordt kan een hogere totaalscore van de MHC-SF vertonen dan iemand met een gematigd niveau van welbevinden (Bohlmeijer et al., 2015). Dit laat zien dat deze categorisatie tot groepen kan leiden die in hoge mate op elkaar lijken, waardoor vervolgens geen significante verschillen gevonden kunnen worden.

4.1 Sterke kanten en beperkingen van het onderzoek

Een sterke kant van het onderzoek is het design: een gerandomiseerd onderzoek met controlegroep. Dit design is de gouden standaard bij de beschouwing van de effecten van een interventie (Cohen, Manion & Morrison, 2011). Daarnaast was de steekproef op basis van het geslacht en het opleidingsniveau gestratificeerd. Hierdoor werd gewaarborgd dat het aandeel van deze groepen vergelijkbaar in beide condities was. Verder was de grootte van de steekproef ook na de drop-out voldoende om kleine effecten te kunnen detecteren (Bohlmeijer et al., 2015).

Een beperking van het onderzoek was de hoge mate van drop-out. Met betrekking tot de

nameting van de mate van welbevinden ontbraken 11.4% van de waarden. Met betrekking tot de nameting van de mate van zelfcompassie ontbraken 12.7% van de waarden. De ontbrekende waarden waren hierbij random verdeeld (Little's MCAR test: $p=.58$). Omdat de ontbrekende data random verdeeld was, is er sprake van verlies van efficiëntie, maar niet van vervalste oordelen (Bell, Fiero, Horton & Hsu, 2014). Verder kregen participanten uit de experimentele conditie wekelijkse inhoudelijke ondersteuning en proces-ondersteuning per e-mail. De participanten werden gemotiveerd en ondersteund in het doorwerken van de cursus. Hiervoor is gekozen, omdat het contact met een begeleider de adherentie bevordert en tot grotere effecten leidt (Andersson & Cuijpers, 2009; Schueller & Parks, 2014). Zo wordt bijvoorbeeld de motivatie van participanten versterkt en kan de relatie met de begeleider tot een effect op zich leiden. Het is een beperking dat de participanten uit de controleconditie geen e-mailbegeleiding kregen omdat de gevonden effecten van de interventie mogelijkwijs voor een deel versterkt werden door de begeleiding. Een andere beperking van het onderzoek is de samenstelling van de gebruikte steekproef. De steekproef bestond uit 75.44% vrouwen, was redelijk oud en grotendeels hoog opgeleid. De homogeniteit van een steekproef kan ertoe leiden dat de resultaten met betrekking tot andere populaties veranderen.

4.2 Implicaties voor toekomstig onderzoek

Met betrekking tot de mate van zelfcompassie viel op dat de toename in zelfcompassie onafhankelijk was van de onderzochte demografische kenmerken en de mate van welbevinden voorafgaand aan de cursus. Een aanbeveling voor toekomstig onderzoek is het beschouwen van het kenmerk etniciteit en de rolverdeling met betrekking tot de mate van zelfcompassie. Traditionele rolverdelingen tussen mannen en vrouwen kunnen bijvoorbeeld leiden tot een andere omgang met de behoeftes van zichzelf en anderen (Yarnell, et al. 2015). De beschouwing hiervan kan belangrijke informatie leveren voor de personalisatie van zelfcompassietrainingen en een betere toepassing van dergelijke interventies op specifieke doelgroepen.

Een andere aanbeveling voor toekomstig onderzoek is te achterhalen in hoeverre e-mailbegeleiding de effecten van een dergelijke zelfcompassietraining beïnvloed en wat de achterliggende strategieën zijn. Het gaat hierbij om een belangrijke factor, omdat het persoonlijke contact en de aandacht die participanten krijgen tot een hogere motivatie kunnen leiden en invloed kunnen hebben op bijvoorbeeld compassie. Op basis hiervan kan het afzonderlijke effect van de cursus beter beschouwd worden. Daarnaast biedt het informatie over betere toepassingen van zelfhulp-interventies.

4.3 Conclusie

Samenvattend onderzocht deze studie het effect van de zelfhulp cursus 'Compassie als sleutel tot geluk, voorbij stress en zelfkritiek' en welke groepen bij de interventie een grotere toename in zelfcompassie vertoonden. Dit onderzoek laat zien dat een zelfcompassietraining als begeleide zelfhulp effectief is in het verhogen van de mate van welbevinden onder volwassenen rond de 50 jaar met een hoog opleidingsniveau. Met betrekking tot de praktijk is het onderzoek relevant omdat het een mogelijkheid biedt het aantal flourishers in de bevolking door middel van een zelfcompassietraining te verhogen en de geestelijke gezondheid te bevorderen (Keyes, 2007; MacBeth & Gumley, 2012). Zo is de cursus 'Compassie als sleutel tot geluk, voorbij stress en zelfkritiek' een voorloper van zelfhulp-interventies die de focus op zelfcompassie leggen. Hiermee biedt de cursus een basis voor andere interventies die zich richten op zelfcompassie. Verder benadrukt dit onderzoek het belang van zelfcompassie in het vergroten van welbevinden. Hierbij was het beginniveau van zelfcompassie niet van invloed op de effectiviteit van de interventie. Op basis hiervan is er sprake van een grote reikwijdte van de zelfcompassietraining. Ook een klein effect kan bij een grote reikwijdte een grote impact hebben en omdat het om een zelfhulp-interventie gaat is er sprake van kosteneffectiviteit (Bolier et al., 2013). Daarnaast toont dit onderzoek aan dat de demografische variabelen geslacht en leeftijd en de mate van welbevinden niet van invloed zijn op een mogelijke toename van de mate van zelfcompassie. Dit levert een bijdrage aan de kennis over de personalisatie van dergelijke interventies. Voor de praktijk wordt aanbevolen zich met betrekking tot personalisatie te richten op de rolverdelingen in een populatie en de mogelijke invloeden van e-mail begeleiding. Deze aspecten zijn van belang voor het implementeren van dergelijke interventies in de bevolking en het bevorderen van de geestelijke gezondheid.

5. Referentielijst

- Andersson, G. & Cuijpers, P. (2009). Internet-Based and Other Computerized Psychological Treatments for Adult Depression: A Meta-Analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38, 196-205. DOI: 10.1080/16506070903318960
- Barnard, L. K. & Curry, J. F. (2011) Self-Compassion: Conceptualizations, Correlates, & Interventions. *Review of General Psychology*, 15, 289-303. DOI: 10.1037/a0025754
- Bell, M. L., Fiero, M., Horton, N. J. & Hsu, C. (2014). Handling missing data in RCT's; a review of the top medical journals. *Medical Research Methodology*, 14, 1-8. Retrieved from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/14/118>
- Bohlmeijer, E., Bolier, L., Westerhof, G. & Walburg, J. A. (2015). *Handboek positieve psychologie: theorie onderzoek toepassingen (2 Ed.)*. Amsterdam: Boom.
- Bohlmeijer, E., Spijkerman, M. & Elfrink, T. (2015). *Onderzoeksprotocol – De effecten van een zelfcompassietraining als begeleide zelfhulp op welbevinden: een gerandomiseerd onderzoek*. Universiteit Twente, Faculteit Gedragwetenschappen, vakgroep Psychologie, Gezondheid en Technologie, Enschede.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F. & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13, 119. Retrieved from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/119>. DOI: 10.1186/1471-2458-13-119
- Claridge, A. M. (2014). Efficacy of systematically oriented psychotherapies in the treatment of perinatal depression: a meta-analysis. *Archives of Womens Mental Health*, 17, 3-15. DOI: 10.1007/s00737-013-0391-6
- Cohen, L., Manion, L. & Morrioso, K. (2011). *Research Methods in Education (7th Ed.)*. Abingdon: Routledge.
- Cohn, M. A., Fredrickson, B. L., Brown, S. L., Mikels, J. A. & Conway, A. M. (2009). Happiness Unpacked: Positive Emotions Increase Life Satisfaction by Building Resilience. *Emotion*, 9, 361-368. DOI: 10.1037/a0015952
- Dundas, I., Lillebostad Svendsen, J., Smith Wiker, A., Valvatne Granli, K. & Schanche, E. (2016). Self-compassion and depressive symptoms in a Norwegian student sample. *Nordic Psychology*, 68, 58-72. DOI:10.1080/19012276.2015.1071203
- Foresight (2008). *Foresight Mental Capital and Wellbeing Project. Final Project report – Executive summary*. London: The Government Office for Science.

- Gallegos, A. M., Hoerger, M., Talbot, N. L., Moynihan, J. A. & Duberstein, P. R. (2013). Emotional benefits of mindfulness-based stress reduction in older adults: the moderating roles of age and depressive symptom severity. *Age & Mental Health*, 17, 823-829. DOI: 10.1080/13607863.2013.799118
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15, 199-208. DOI: 10.1192/apt.bp.107.005264
- Gilbert, P. & Procter, S. (2006). Compassionate Mind Training for People with High Shame and Self Criticism: Overview and Pilot Study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353-379. DOI: 10.1002/cpp.507
- Hirsch, J., K., Kitner, R. & Sirois, F., M. (2015). Self-Compassion, Affect, and Health-Promoting Behaviors. *Health Psychology*, 661-669. DOI: 10.1037/hea0000158
- Hulsbergen, M. L. & Bohlmeijer, E. T., (2015). *Compassie als sleutel tot geluk; voorbij stress en zelfkritiek*. Boom, Amsterdam.
- Huppert, F. A., (2009). Psychological Well-being: Evidence Regarding its Causes and Consequences. *Applied Psychology: Health and Well-being*, 2, 137-164. DOI: 10.1111/j.1758-0854.2009.01008.x
- Kelders, S. (2015). Positieve technologie. In Bohlmeijer, E., Bolier, L., Westerhof, G. & Walburg, J. A. (eds.). *Handboek positieve psychologie: theorie onderzoek toepassingen (2 Ed.)*. Amsterdam: Boom.
- Keyes, C.L.M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior S2- Journal of Health & Human Behavior*, 43,207-222.
- Keyes, C.L.M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539–548. DOI: 10.1037/0022-006X.73.3.539
- Keyes, C.L.M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: a complementary strategy for improving National Mental Health. *American Psychology*, 62, 95-108. DOI: 10.1037/0003-066X.62.2.95
- Keyes, C. L. M. & Simoes, E. J. (2012). To Flourish or Not: Positive Mental Health and All-Cause Mortality. *American Journal of Public Health*, 102, 2164-2172. DOI: 10.2105/AJPH. 2012.300918
- Keyes, C. L. M. & Westerhof, G. J. (2008). Geestelijke gezondheid is meer dan de afwezigheid van ziekte. *Maandblad Geestelijke Gezondheid*, 56, 1063-1070.
- 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 (MHCSF). *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), 99-110.
- Lockard, A.J., Hayes, J. A., Neff, K. & Locke, B. D. (2014). Self-Compassion Among College Counseling Center

- Clients: An Examination of Clinical Norms and Group Differences. *Journal of College Counseling*, 17, 249-259. DOI: 10.1002/j.2161-1882.2014.00061.x
- MacBeth, A. & Gumley, A. (2012). Exploring Compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32, 545-552. DOI: 10.1016/j.cpr.2012.06.003
- Neff, K. D. (2003). Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250. DOI: 10.1080/15298860390209035
- Neff, K. D. & Germer, C. K. (2012). A Pilot Study and Randomized Controlled Trial of the Mindful Self-Compassion Program. *Journal of Clinical Psychology*, 1-17. DOI: 10.1002/jclp.21923
- Neff, K. D. & Vonk, R. (2009). Self-Compassion Versus Global Self-Esteem: Two Different Ways of Relating to Oneself. *Journal of Personality*, 77, 23-50. DOI: 10.1111/j.1467-6494.2008.00537.x.
- Raes, A.K., Bruyneel, L., Loeys, T., Moerkerke, B. & De Raedt, R. (2013). Mindful attention and awareness mediate the association between age and negative affect. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 70, 179–188. DOI:10.1093/geronb/gbt074
- 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.
- Schueller, S. M. & Parks, A. C., (2014). The Science of Self-Help – Translating Positive Psychology Research Into Increased Individual Happiness. *European Psychologist*, 19, 145-155. DOI: 10.1027/1016-9040/a000181
- Shallcross, A. J., Ford, B. Q., Floerke, V. A., & Mauss, I. B. (2012). Getting Better With Age: The Relationship Between Age, Acceptance, and Negative Affect. *Journal of Personality and Social Psychology*. Advance online publication. DOI: 10.1037/a0031180
- Shapiro, S. L., Biegel, G. M. & Warren Brown, K. (2007). Teaching Self-Care to Caregivers: Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on the Mental Health of Therapists in Training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1, 105-115. DOI: 10.1037/1931-3918.1.2.105
- Sin, N. L. & Lyubomirsky, S., (2009). Enhancing Well-Being and Alleviating Depressive Symptoms With Positive Psychology Interventions: A Practice-Friendly Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 65, 467-487. DOI: 10.1002/jclp.20593
- Singh, V., Rana, R. K. & Singhal, R. (2013). Analysis of repeated measurement data in the clinical trials. *Journal of Ayurveda and Integrative Medicine*, 4, 77-81. DOI: 10.4103/09759476.113872
- Splevins, K., Smith, A. & Simpson, J. (2009). Do improvements in emotional distress correlate with becoming more mindful? A study of older adults. *Aging & Mental Health*, 13, 328-335. DOI:

10.1080/13607860802459807

Van den Brink, E. & Koster, F., (2015). Compassie. In Bohlmeijer, E., Bolier, L., Westerhof, G. & Walburg, J. A. (eds.). *Handboek positieve psychologie: theorie onderzoek toepassingen (2 Ed.)*. Amsterdam: Boom.

Van Gemert-Pijnen, J. E. W. C., Peters, O. & Ossebaard, H. C. (2013). *Improving eHealth*. Den Haag: Eleven International Publishing.

World Health Organization (2005). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Genève: WHO.

Yarnell, L. M., Stafford, R. E., Neff, K. D., Reilly, E. D., Knox, M. C. & Mullarkey, M., (2015). Meta-Analysis of Gender Differences in Self-Compassion. *Self and Identity*, 14:5, 499-520. DOI: 10.1080/15298868.2015.1029966

Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.