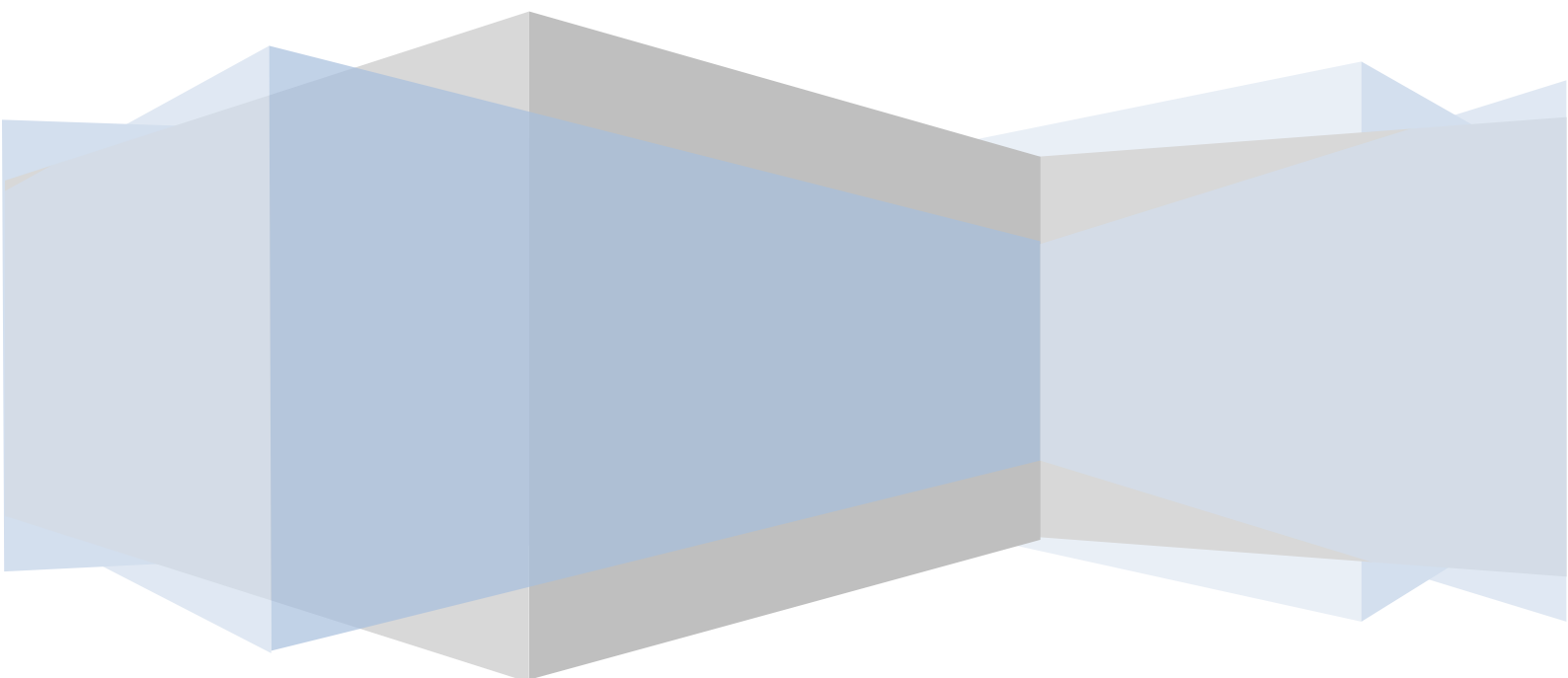


*Department of Psychology
Positieve Psychologie en Technologie (PPT)
Universiteit Twente, Enschede, Nederland
1^e begeleider: Dr. Mirjam Radstaak
2^e begeleider: Dr. Hester Trompetter
26.02.2017
Masterthese
European Credit Points: 10*

Jij bent je eigen ergste vijand

Wordt het effect van een compassietraining op een afname van depressie gemedieerd door zelfkritiek?

Sonja Möller
s1220276



Inhoudsopgave

1.	Inleiding.....	3
1.1	Zelfkritiek	4
1.2	Zelfcompassie	5
1.3	Onderzoeksvraag en Hypothesen	7
2.	Methode	8
2.1	Participanten en design	8
2.2	Opzet van ‘Compassie als Sleutel tot geluk, voorbij stress en zelfkritiek’	10
2.3	Meetmomenten	10
2.4	Procedure	11
2.5	Meetinstrumenten.....	11
2.5.1	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	11
2.5.2	Forms of Self-Criticising/Attacking (FSCRS).....	12
2.5.3	Self-Compassion Scale– Short Form (SCS-SF)	12
2.6	Analyse	13
3.	Resultaten	13
3.1	Descriptieve gegevens.....	13
3.2	Toetsing van de effectiviteit van de zelfhulpcursus.....	16
3.3	Toetsing van de mediatie effecten.....	18
4.	Discussie.....	20
4.1	Sterken kanten en limitaties	22
4.2	Toekomstig onderzoek.....	23
4.3	Praktische Aanbevelingen	24
5.	Conclusie	24
6.	Literatuur	25

Abstract

Introduction: Depression is the mental disorder with the highest prevalence in the world. There is an indication that self-criticism predicts depression. Self-critics have high standards and judge themselves harshly. Self-criticism has two different components: *hated self* and *inadequate self*. There is indication that self-criticism predicts depression. Self-compassion in contrast to self-criticism includes a self-kindness and acceptance. Prior research shows that self-compassion can decrease self-criticism. Researchers at the University of Twente developed a new compassion-training 'Compassie als sleutel tot geluk, voorbij stress en zelfkritiek'. It was hypothesized that the training reduces depression and self-criticism and on the other hand increases self-compassion. Second, was hypothesized that it should function as a mediator in reducing depression. **Method:** There was a randomized controlled trial design with a waitinglist control group and an experimental group. Data of 213 participants from the normal population was used for analysis. The data of T_0 en T_1 were analyzed. To explore the effectiveness from the training three repeated measures ANOVAs were examined. For the exploration of mediation of self-criticism a regression analysis bootstrapping procedure was used. **Results:** The results show that the self-compassion training was effective in reducing depression and self-criticism and increasing self-compassion. The difference for *inadequate self* was higher than for *hated self*. Furthermore, findings show that a reduction of depression was mediated by self-criticism. **Discussion:** It is assumed that self-compassion is a factor that influences depression and self-criticism. The mediation implies that self-criticism is an important factor which influences depressive symptoms. This study presents findings that highlight the use of self-compassion. The integration of self-compassion exercises can show people from the normal population an efficient way to reduce depressive symptoms by influencing self-criticism.

Samenvatting

Inleiding: Depressie is wereldwijd de meest voorkomende psychische stoornis. De symptomen van een depressieve stoornis worden meestal als erg belastend ervaren en hebben negatieve consequenties tot gevolg. Er zijn aanwijzingen dat zelfkritiek een voorspeller van een depressieve stoornis is. Zelfkritische mensen stellen hoge eisen aan zichzelf en beoordelen zichzelf op een onaangename manier. Zelfkritiek kan in de componenten *hated self* en *inadequate self* worden onderverdeeld.. Zelfcompassie betekent daarentegen een vriendelijke omgang met zichzelf en acceptatie van verschillende kanten van zichzelf. Als een antagonist van zelfkritiek zijn er aanwijzingen dat zelfcompassie het niveau van zelfkritiek kan verminderen. Aan de Universiteit Twente werd de nieuwe zelfhulp cursus 'Compassie als sleutel tot geluk, voorbij stress en zelfkritiek' ontworpen. Het doel van deze studie was de effecten van de compassietraining op depressie, zelfkritiek en

zelfcompassie te exploreren. Bovendien werd er nagegaan of zelfkritiek het effect van de compassietraining op depressieve klachten medieert. **Methodes:** In deze studie werd gebruik gemaakt van een randomized controlled trial met een experimentele groep en een wachtlijstcontrolegroep. Het onderzoek had 213 participanten uit de algemene populatie. Er werden de gegevens van de voor- en de eerste nameting geanalyseerd. De effectiviteit van de training op depressie, zelfkritiek en zelfcompassie werd met behulp van drie repeated measures ANOVAs uitgevoerd. Bovendien werd er een mediatie-analyse naar met bootstrapping procedure gebruikt om te onderzoeken welke rol zelfkritiek speelt bij een afname van depressieve klachten door de training. **Resultaten:** Zoals verwacht zijn depressie en zelfkritiek door de training statistisch significant omlaag gegaan. Het verschil van *inadequate self* was hoger dan voor *hated self*. Bovendien is zelfcompassie statistisch significant verhoogd. Een afname van depressieve klachten door de training werd zoals verwacht door zelfkritiek gemedieerd. **Discussie:** De mediatie van zelfkritiek op depressieve klachten door de compassietraining wijzen erop dat zelfkritiek een verklarende factor voor een afname van depressieve klachten is. De uitkomsten van deze studie tonen het belang van zelfcompassie en de oefening van compassie-vaardigheden aan. Het oefenen van zelfcompassie geeft mensen uit de algemene populatie een efficiënte mogelijkheid om invloed uit te oefenen op zelfkritiek en daarmee indirect lichte depressieve klachten te verminderen.

1. INLEIDING

Depressie is wereldwijd de meest voorkomende psychische ziekte. In de afgelopen decennia is het optreden van depressieve episoden steeds gestegen. Ongeveer 18,4 miljoen mensen in Europa hebben tegenwoordig een depressieve episode, waarbij de meerderheid (rond twee derde) niet behandeld wordt. Ook in Nederland heeft een groot aantal mensen last van een depressieve stoornis. Ongeveer 19% van de Nederlandse bevolking heeft ooit in zijn leven een depressieve episode ontwikkeld. In 2010 hebben meer dan 5% van alle Nederlanders tot 65 jaar een depressie gehad (Nemesis-2, de Graaf, ten Have & van Dorsselaar, 2010). Er wordt geschat dat er een risico van bijna 20% bestaat om een depressieve episode te ontwikkelen in het leven (Wittchen & Hoyer, 2006).

Depressie is een affectieve stoornis met twee hoofdsymptomen, namelijk een zeer neerslachtige stemming en verlies van interesse in bijna alle activiteiten. Om van een depressieve episode te kunnen spreken, moeten ten minste vijf van negen symptomen voor een periode van ten minste twee weken zonder onderbreking blijven bestaan. Symptomen zijn onder ander een verminderd gevoel van eigenwaarde, slaapstoornissen, veranderingen in eetlust en concentratie- en aandachtsproblemen (DSM-IV-TR, WHO, 2013). Mensen met depressie hebben een negatieve mentale representatie van zichzelf, de toekomst en de wereld. Zij vertonen een vertekend negatief denkpatroon (Blatt, 2004).

Er zijn verschillende redenen waarom het belangrijk is om depressieve klachten te verminderen. Een belangrijke reden is de individuele belasting voor de betrokken mensen. Het

ervaren leed is heel hoog. Het leven lijkt zinloos en leeg te zijn. Bij een langdurige depressie gaat de ervaren hopeloosheid omhoog en gaan verwateren sociale vaardigheden (Wittchen & Hoyer, 2011). Vaak vallen mensen met depressie in een sociale isolatie en hebben zij geen motivatie meer om zichzelf daaruit te halen (Müssigbrodt, Kleinschmidt, Freyberger & Dilling, 2006). Als gevolg daarvan is de uitval op school of op het werk meestal erg hoog (Wittchen & Hoyer, 2011). Niet alleen de aan depressie lijdende mensen ervaren leed. Ook familie en vrienden ervaren veel problemen door het bestaan van de depressieve klachten van de betrokkenen. Er ontstaan vaak interactieproblemen. Op de lange termijn verhogen depressieve episoden de kans op scheiding van de partner en baanverlies (Wittchen & Hoyer, 2011). Met elke nieuwe depressieve episode gaat de duur omhoog. Zonder behandeling kan een depressie chronisch worden, waardoor een negatieve denkwijze ontwikkeld kan worden (Kupier, 2010). Mensen die een depressie vertonen, hebben ook een verhoogde kans om een comorbide stoornis, zoals een angststoornis, te ontwikkelen (Wittchen & Hoyer, 2011). Ongeveer 15% van de mensen die een depressieve stoornis vertonen, hebben het gevoel de psychische pijn niet te kunnen doorstaan. Het gevolg is dat 15% van alle mensen met een depressie zelfmoord plegen. Tussen de 40 en 80% van de depressieve mensen hebben regelmatig suïcidale gedachten en 20 – 60% daarvan voeren dit ook daadwerkelijk uit (Wittchen & Hoyer, 2011). Naast psychische klachten kunnen ook somatische symptomen, zoals druk op de borst en tachycardie, optreden (Müssigbrodt, Kleinschmidt, Freyberger & Dilling, 2006).

Er zijn aanwijzingen dat mensen die een depressie hebben de focus excessief op zichzelf richten. Als uitkomst van een algemene negatieve attributie vertonen mensen met depressie vooral een negatief affect (Pyszczynski & Greenberg, 1987). Ook zijn er aanwijzingen dat een depressieve stoornis door zelfkritiek wordt voorspeld (Gilbert, MacEwan, Matos & Ravis, 2010). Het niet bereiken van een belangrijk persoonlijk doel kan een reden zijn tot een depressieve episode, als de betrokken persoon niet voldoende flexibel is (Pyszczynski & Greenberg, 1987). Bovendien vertonen mensen met een depressie vaak opdringerige herinneringen over afwijzing. Door deze opkomende herinneringen beginnen mensen met een depressie vaak zelfkritisch te worden. Ze zijn niet in staat zichzelf te accepteren, waardoor schaamte ontstaat (Gilbert & Irons, 2004).

1.1 Zelfkritiek

Zelfkritiek bestaat uit vijandige gedachten en gevoelens tegenover zichzelf. Zelfkritische mensen stellen erg hoge eisen aan zichzelf. Gevoelens van onvolkomenheid en walging ten opzichte van zichzelf spelen bij zelfkritiek een belangrijke rol (Gilbert, Clarke, Hempel, Miles, & Irons, 2004). Volgens Gilbert en Procter (2006) vrezen zelfkritische mensen ervoor niet perfect te zijn en daarmee samenhangend negatief te worden geëvalueerd. Zelfkritiek heeft de functie zichzelf te beschermen tegen potentiële bedreigingen van buitenaf. Zelfkritiek kan als een veiligheidsstrategie worden beschouwd. Pijnvolle ervaringen, situaties, emoties en herinneringen worden met zelfkritiek gereguleerd (Kim, 2005). Er bestaat een positief verband tussen zelfkritiek en schaamte. Door het

gevoel ontoereikend te zijn, hebben mensen die een hoog niveau aan zelfkritiek ervaren vaak het gevoel niet bij de maatschappij te horen (Gilbert & Irons, 2005). Zelfkritiek kan in twee componenten worden onderverdeeld: *inadequate self* en *hated self* (Clarke, Hempel, Miles & Irons, 2004). *Inadequate self* staat voor het gevoel van tekortkomingen en gedachten over imperfectie. Deze component staat in verband met de behoefte zich te verbeteren of zichzelf te corrigeren. *Hated self* staat in verband met de behoefte zichzelf schade toe te brengen bij mislukkingen, zich los te maken van het ongewenste gedeelte waar zij een hekel aan hebben en een gevoel van walging en zelfhaat.

De verdeling van de ontwikkeling van zelfkritiek blijkt vooral tussen de Westerse en de Aziatische cultuur divergent te zijn. De Westerse cultuur is vooral individualistisch en blijkt in vergelijking met de Aziatische cultuur, die meer sociaal samenhangend is, een verminderd risico te hebben op de ontwikkeling van zelfkritiek (Kitayama, Rose Markus, Matsumoto & Norasakkunkit, 1997).

Zelfkritiek ontwikkelt zich al in de vroege jeugd. Als mensen in de kindertijd veel schaamte ervaren door familieleden, zoals de ouders, kan dat tot een negatief zelfbeeld leiden. De schaamte kan worden bevorderd door het kind buiten te sluiten en warmte en vriendelijkheid te ontfemen als het kind volgens de ouders niet perfect is. De schaamte voor mislukkingen is overheersend. Hierbij kan een ongezonde manier van zelfkritiek worden ontwikkeld (Gilbert & Procter, 2006). Hoe vroeger zelfkritiek zich heeft ontwikkeld, hoe hoger de kans op de ontwikkeling van psychopathologie, zoals depressie (Gilbert & Procter, 2006). Volgens onderzoek van Gilbert en Irons (2005) komt naar voren dat vooral mensen die een extreme variant aan zelfkritiek vertonen een verhoogde kwetsbaarheid voor de ontwikkeling van een depressie laten zien. Uit onderzoek blijkt dat vooral de component *hated self* van zelfkritiek met depressie in verband staat (Mills, Gilbert, Bellew, McEwan & Gale, 2007). Naast de component *hated self* is de component *inadequate self* sterk gerelateerd aan negatief affect (Kim, 2005). Ayano, Min-Sun en Satoshi (2014) deden onderzoek naar de relatie tussen zelfkritiek en depressie bij studenten. Bij de steekproef in hun onderzoek werden depressieve klachten door zelfkritiek bevorderd. Niet perfect zijn en falen wordt aan zichzelf toegeschreven en negatief geëvalueerd. Samenhangend wijst dat erop dat zelfkritische gedachten en gedrag als anti-coping strategie werken.

1.2 Zelfcompassie

Een antagonist van zelfkritiek is zelfcompassie. Zelfkritische mensen stellen hoge eisen aan zichzelf en beoordelen zichzelf op een onaangename manier. Daarentegen gaan mensen met een hoog niveau aan zelfcompassie vriendelijk met zichzelf om en zijn zij in staat hun kanten te accepteren, zowel de positieve als de negatieve (Neff, Pistisungkagaran & Hsieh, 2008). Onderzoek van Feldman en Kuyken (2011) toont aan dat het niveau van zelfkritiek daalt door de verhoging van zelfcompassie. Door het aanleren van compassie-vaardigheden kan worden bereikt dat mensen negatieve gevoelens

en gedachten accepteren. Volgens Neff (2003) spelen de ontwikkeling van warmte tegen zichzelf, vriendelijkheid en acceptatie in compassietrainingen een belangrijke rol bij de reductie van zelfkritiek.

Neff en Dahm (2015) definiëren zelfcompassie als de vaardigheid om de aanwezigheid van mislukkingen en onvolmaaktheden en de daarmee verbonden pijn waar te nemen en deze als een onderdeel van het menselijk bestaan te beschouwen. Gilbert (2009) beschrijft compassie – zoals in het boeddhisme terug te vinden – als de vaardigheid tot sympathie, acceptatie van negatieve emoties, empathie en zorg. Volgens de psychologe Neff (2003^b) zijn er drie componenten van zelfcompassie: *self-kindness*, *common humanity* en *mindfulness*. *Self-kindness* is de vaardigheid begripvol en warm met zichzelf om te gaan als er moeilijkheden optreden in het leven. Gevoelens worden bewust waargenomen. *Self-kindness* bevordert een warme en empathische omgang met zichzelf in plaats van lastige ervaringen en emoties te negeren. Mensen met een hoog niveau van *common humanity*, betrekken negatieve ervaringen niet op zichzelf. Wanneer zij tekortschieten, zijn zij zich ervan bewust dat alle mensen kwetsbaar, onvolmaakt en sterfelijk zijn en dat iedereen daar wel eens frustratie over ervaart. Zij worden als deel van de menselijke ervaring beschouwd. Er ontstaat begrip voor mislukkingen en ruimte voor acceptatie van verschillende kanten van de eigen persoon. Negatieve ervaringen kunnen objectiever en vanaf een afstand worden bekijken. Bij *mindfulness* wordt elke zintuiglijke ervaring bewust waargenomen. Door het verwerven van kennis en oefenen van *mindfulness* leren mensen de bereidheid tot realiteit en ervaringen te accepteren. Bovendien wordt verantwoording tegen het hier en nu aanvaard (Bohus & Wolf-Arehult, 2013). Alle drie de componenten leiden tot een positievere evaluatie van negatieve gebeurtenissen (Neff, 2003). Er wordt bewust gekeken hoe persoonlijke moeilijkheden en tekortkomingen op een positievere manier geïnterpreteerd kunnen worden. Als mensen negatieve gebeurtenissen en emoties negeren, kunnen het niveau van stress en zelfkritiek stijgen. Men beweert dat acceptatie en vriendelijkheid tegen zichzelf negatieve emoties kan verminderen (Neff, 2001; Neff, 2003).

Het niveau van zelfcompassie blijkt te verschillen tussen groepen (Neff, 2003). Adolescenten laten een lager niveau van zelfcompassie zien dan volwassenen. Hoewel zelfcompassie vooral in Azië, waar vooral het boeddhisme gesitueerd is, wordt aangeleerd, zijn er aanwijzingen dat mensen vanuit de Aziatische cultuur minder zelfcompassie ervaren dan mensen vanuit de Westerse cultuur (Kitayama, Markus, Matsumoto, & Norasakkunkit, 1997). Desondanks zou het belangrijk kunnen zijn zelfcompassie in de Westerse cultuur te verhogen om de kwetsbaarheid voor psychopathologie te verminderen.

Het vermogen tot compassie is bij ieder mens aanwezig, maar verschilt in niveau (Bohlmeijer, Bolier, Westerhof & Walburg, 2015). Volwassenen die zijn opgegroeid bij ouders met een warme en ondersteunende opvoedingsstijl vertonen meestal een hoger niveau van zelfcompassie. Daarentegen vertonen volwassenen die zijn opgegroeid met een kritische en koude opvoedingsstijl vaker een lager niveau van zelfcompassie (Brown, 1999). Zelfcompassie is niet statisch en kan als een vaardigheid worden geoefend (Bohlmeijer, Bolier, Westerhof & Walburg, 2015).

Gedachten en gevoelens zijn snelle en automatische reacties en hebben een sterke impact op gedrag. Als gevolg van automatische gedachten, zoals dat iemand helemaal niets kan, slecht is in alles wat hij doet en incompetent is in zijn vaardigheden, wordt er schaamte ontwikkeld voor deze onvolmaaktheden. De verwerking verloopt binnen milliseconden. Om zichzelf te beschermen voor schade worden zelfkritische gedachten als een automatisch afweermechanisme geactiveerd. Als zelfcompassie in automatische gedachten en gedrag geïntegreerd wordt, kan dat zelfkritische gedachten en gedrag tegen werken. Het probleem is dat zelfkritische mensen zonder training vaak geen toegang hebben tot zelfcompassie. Deze mensen hebben er moeite mee om in te zien hoe destructief de zelfkritische gedachten en gedrag zijn en welk voordeel het vertonen van zelfcompassie voor hun zou kunnen hebben. Daarom wordt het gebruik van zelfcompassie zonder training doorgaans afgeslagen (Gilbert & Procter, 2006). Vandaar dat er gespecialiseerde trainingen werden ontworpen om zelfcompassie te verhogen. Deze trainingen kunnen mensen erbij helpen automatische gedachten en emoties op te sporen en te accepteren in plaats van zelfkritiek als veiligheidsgedrag te activeren en schaamte te bevorderen (Gilbert & Procter, 2006). De *compassion focused therapy* ontworpen door Gilbert (2009) helpt mensen te begrijpen hoe negatieve ervaringen uit het verleden gerelateerd zijn aan bijvoorbeeld veiligheidsstrategieën en ermee verbonden onbedoelde consequenties zoals psychische problemen. Zelfkritische mensen die gedachten over falen hebben kunnen met behulp van de *compassion focused therapy* leren milder en empathischer tegen zichzelf te zijn. Door middel van op compassie gerichte oefeningen leren mensen zelfkritiek herkennen en meer aandacht te trekken aan compassie gerichte gedachten en gevoelens. In plaats van gedachten over falen en tekortkomingen kunnen mensen leren gedachten zoals “ik heb al veel dingen in mijn leven bereikt” te ontwikkelen en te gebruiken (Gilbert, 2009). Lucre en Corten (2013) deden onderzoek naar de effecten van een compassietraining van 16 weken met mensen die een hoog niveau aan zelfkritiek vertoonden. Schaamte, *hated self* en depressieve klachten zijn bij de proefpersonen door de compassietraining verminderd (Gilbert & Procter, 2006). Een hoog niveau van zelfcompassie blijkt ook preventief depressie tegen te werken (Dundas, Svendsen, Wiker, Granli, & Schanche, 2015). Er zijn aanwijzingen dat de verbeteringen in verband te staan met een verhoging van compassievaardigheden (Lucre & Corten, 2013). Volgens onderzoek van Feldman en Kyuken (2011) hebben mensen met depressie moeilijkheden om empathisch en warm met zichzelf om te gaan. Zij hebben het gevoel ontoereikend te zijn. Feldman en Kyuken (2011) argumenteren dat depressieve klachten door de verhoging van zelfcompassie middels een compassietraining meer geaccepteerd worden. Dat heeft als gevolg dat lijden afneemt.

1.3 Onderzoeksvraag en Hypothesen

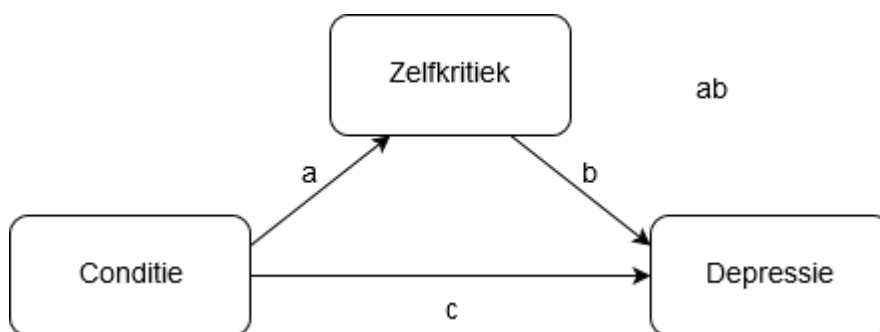
De compassietraining ‘Compassie als sleutel tot geluk, voorbij stress en zelfkritiek’ werd ontwikkeld met als doel de deelnemers te helpen meer compassie voor zichzelf en anderen te ontwikkelen en het niveau van welbevinden te verhogen. Een ander doel van de training is het reduceren van zelfkritiek

en depressieve klachten, wat voor deze studie van belang is. De training is een zelfhulpcursus (Bohlmeijer, Spijkerman & Elfrink, 2015) en is gebaseerd op de *compassion focused therapy* (Gilbert, 2009). De training is aangevuld met enkele oefeningen die zijn ontwikkeld door Neff (Bohlmeijer, Spijkerman & Elfrink, 2015). Hulpmiddelen om de doelen van de cursus te bereiken waren visualisatie-, meditatie- en ervaringsoefeningen, schrijven en reflecteren. In deze studie wordt onderzocht welke rol zelfkritiek speelt bij een afname van depressieve klachten binnen de zelfhulpcursus 'Compassie als sleutel tot geluk, voorbij stress en zelfkritiek'. Hieruit volgt de volgende onderzoeksvraag: Wordt het effect van een compassietraining op depressie gemedieerd door zelfkritiek? Hieruit volgen twee hypothesen:

H₁: De compassietraining...

- a) ... vermindert depressieve klachten
- b) ... vermindert zelfkritiek
- c) ... verhoogt zelfcompassie

H₂: Zelfkritiek medieert het effect van de compassietraining op depressieve klachten (Figuur 1).



Figuur 1. Het mediatie model met X = conditie, M = zelfkritiek en Y = depressie. Ab = indirect verband van conditie naar depressie via zelfkritiek.

2. METHODE

2.1 Participanten en design

Het design van de studie was een randomized controlled trial (experimentele versus wachtlijstcontroleconditie). Voorwaarde om aan de zelfhulpcursus 'Compassie als sleutel tot geluk, voorbij stress en zelfkritiek' te mogen deelnemen, was dat de deelnemers 18 jaar of ouder waren. Naast de inclusiecriteria was het voor de deelname aan het onderzoek van belang dat de potentiële

deelnemers een laag tot matig niveau aan welbevinden ervaarden tijdens de voormeting (T_0). Mensen met een hoog niveau van welbevinden (flourishers) en matige depressieve- en angstklachten werden van het onderzoek uitgesloten. Mensen die matige depressie- en angstklachten vertoonden werden geadviseerd om hulp te zoeken en contact op te nemen met de huisarts (Bohlmeijer et al, 2015). Bovendien moesten de potentiële deelnemers over een computer en een e-mailadres beschikken. Verder moesten de participanten de Nederlandse taal voldoende beheersen om de vragenlijsten in te kunnen vullen en om de zelfhulp cursus zelfstandig door te kunnen werken. Ten slotte werden de potentiële deelnemers om toestemming gevraagd voor de deelname aan het onderzoek met behulp van de informed consent procedure. De deelnemers hadden altijd de vrijheid om met de cursus te stoppen (Bohlmeijer et al, 2015).

Oorspronkelijk hebben 243 mensen zich aangemeld voor het onderzoek. Hiervan werden 15 mensen met een hoge mate van welbevinden van de analyse uitgesloten. Op basis hiervan werd de analyse gebaseerd op de data van 228 participanten. Daarvan waren 117 deelnemers in de experimentele conditie en 111 deelnemers in de wachtlijstcontrolegroep. 181 deelnemers waren vrouwelijk en 62 deelnemers waren mannelijk. De gemiddelde leeftijd was 53 jaar. De jongste deelnemer was 20 jaar en de oudste deelnemer was 78 jaar oud. Alle deelnemers waren Nederlanders. Meer dan de helft (54.8%) van de steekproef gaf aan getrouwd te zijn of een geregistreerd partnerschap te hebben. Een groot deel van de participanten had een hoog opleidingsniveau (85.5%) (Tabel 1).

Tabel 1

Demografische gegevens van de deelnemers van ‘Compassie als sleutel tot geluk, voorbij stress en zelfkritiek’

Demografische Gegevens	Categorieën	Totaal (n = 228)	Percentage
Geslacht	Vrouw	181	25,50
	Man	62	74,50
Nationaliteit	Nederlander	243	100.00
Burgerlijke staat	Gehuwd/partnerschap	131	53.90
	Gescheiden	49	20.20
	Weduwe/weduwnaar	7	2.90
	Nooit getrouwd geweest	56	23.00
Opleidingsniveau	Laag	1	0.40
	Gemiddeld	18	9.40
	Hoog	218	89.70

2.2 Opzet van 'Compassie als Sleutel tot geluk, voorbij stress en zelfkritiek'

De deelnemers van de cursus doorliepen zeven hoofdstukken met telkens verschillende onderwerpen in de vorm van een zelfhulpboek. Bij elk hoofdstuk werd vooraf korte informatie verstrekt over de constructen die onderdeel van de training zijn, zoals zelfkritiek, en hoe deze met (zelf)compassie in samenhang staan. Daarnaast werd aan de slag gegaan door middel van visualisatie-, meditatie- en ervaringsoefeningen, schrijven en reflecteren om (zelf)compassie te verhogen. (Hulsbergen & Bohlmeijer, 2015). Onderwerpen van het zelfhulpboek zijn 1) zelfkritiek en zelfcompassie, 2) emotiesystemen, 3) vriendelijkheid ontwikkelen, 4) hulpbronnen aanspreken, 5) jeugdervaringen verwerken, 6) omstandigheden veranderen, 7) compassie voor anderen.

Het doel van hoofdstuk 1 was door middel van oefeningen de deelnemers te helpen inzicht te krijgen in de manier hoe zij met leed omgaan en informatie te verstrekken hoe op schaamtegevoel gebaseerde zelfkritiek ongezonde stress en overbelasting veroorzaakt. Daarboven werden zij uitgenodigd contact te maken met het eigen lichaam door middel van een mindfulnessoefening, de lichaamsscan. Er werd geadviseerd elke dag een verkorte mindfulnessoefening uit te voeren. In hoofdstuk 2 wordt over drie emotiesystemen en een mogelijke disbalans geïnformeerd. Het doel is het gevoel van veiligheid en kalmering te verhogen. In hoofdstuk 3 gaat het voornamelijk om zelfkritiek en wat de effecten op het lichaam zijn. De oefeningen zijn vooral op het verhogen van vriendelijkheid voor zichzelf gericht. In hoofdstuk 4 staan er oefeningen om vriendelijkheid voor zichzelf te verdiepen door middel van opzoeken van hulpbronnen. Daarboven is het doel van dit hoofdstuk meer acceptatie voor kwetsbaarheden en leed te bereiken en het bewustzijn dat deze ook deel van andere mensen zijn te bevorderen. Hoofdstuk 5 heeft vooral als doel zelfkritiek te verminderen. Hierbij wordt vooral op ervaringen vanuit de jeugd ingegaan, die bij hebben gedragen aan een onderontwikkeld kalmeringssysteem en een overontwikkeld beschermings- of jaagsysteem. Een voorbeeld van een oefening in dit hoofdstuk zijn schrijfoefeningen over zelfkritiek versus vriendelijkheid tegen zichzelf en anderen. De oefeningen in hoofdstuk 6 zijn erop gericht de eigen behoeftes op te sporen in verschillende levensomstandigheden en wat de deelnemers zouden kunnen veranderen om minder stress en meer plezier te ervaren. In hoofdstuk 7 wordt gekeken hoe het potentieel voor compassie van de deelnemers in kan worden gezet voor anderen (Hulsbergen & Bohlmeijer, 2015).

2.3 Meetmomenten

In totaal duurde het onderzoek 12 maanden. Er werden vier metingen op vier verschillende momenten afgenomen. Die hiervoor gebruikte vragenlijsten werden online ingevuld. De eerste meting vond voorafgaand aan het onderzoek plaats (T_0). Een week na de randomisatie mochten de deelnemers van de experimentele groep met de oefeningen van de zelfhulp cursus beginnen. Rond drie maanden na het begin werd de cursus afgerond. Direct daarna vond de eerste nameting (T_1) plaats. Bovendien waren er twee follow-up metingen (T_2 en T_3). T_2 werd 6 maanden en T_3 12 maanden na de voormeting afgenomen. Zowel de experimentele als ook de wachtlijstcontrolegroep hebben de vragenlijsten op

dezelfde meetmomenten (T_0 , T_1 , T_2 , T_3) ingevuld. De deelnemers van de wachtlijstcontrolegroep heeft na 6 maanden alsnog de zelfhulp cursus ontvangen. De deelnemers van deze conditie mochten geen training volgen tijdens de wachttijd (Bohlmeijer et al., 2015). Binnen deze studie werden alleen de gegevens van T_0 en T_1 geanalyseerd.

2.4 Procedure

De deelnemers voor de zelfhulp cursus 'Compassie als sleutel tot geluk, voorbij stress en zelfkritiek' werden geworven onder de algemene Nederlandse bevolking. Er werden advertenties in landelijke dagbladen geplaatst. In alle dagbladen werd de website van compassie training genoemd (www.veerkrachtenwelbevinden.nl). Op de website kregen de potentiële deelnemers meer informatie over de aanmelding en het onderzoek. De deelnemers werden gerandomiseerd in een experimentele en wachtlijstcontrolegroep verdeeld. De deelnemers van de experimentele conditie ontvingen het boek met de zelfhulp cursus 'Compassie als sleutel tot geluk, voorbij stress en zelfkritiek' per post binnen een week na de randomisatie. Zij hadden negen weken de tijd om de zeven lessen van de cursus af te ronden. Er werd aan de participanten geadviseerd elke week een les af te ronden en telkens twee tot vier uur aan de lessen te besteden. De deelnemers die de cursus doorliepen werden door middel van e-mailcontact ondersteund. Elke week nadat een les was afgerond, ontvingen de deelnemers een e-mail met daarin vragen over mogelijke problemen en vragen over vorderingen van afgelopen week. Het contact via e-mail werd uitgevoerd door twee Masterstudenten psychologie en twee afgestudeerde Psychologen, onder supervisie van een ervaren GZ-psycholoog (Bohlmeijer et al., 2015). De deelnemers van de wachtlijstcontrolegroep kwamen op een wachtlijst te staan. Zij mochten de cursus zes maanden later doorlopen.

2.5 Meetinstrumenten

2.5.1 *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*

De Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) is een vragenlijst om depressieve klachten en angstklachten te meten (Zigmond & Snaith, 1983). De vragenlijst heeft 14 items en bestaat uit twee subschalen. De ene subschaal meet de mate van depressieve klachten en de andere subschaal meet het niveau van angstklachten. Elke subschaal bestaat uit zeven items. In deze studie werd slechts gebruik gemaakt van de subschaal voor depressieve klachten. Een voorbeelditem voor deze schaal is: "Ik voel me alsof alles moeizamer gaat." Er wordt gebruik gemaakt van een vierpuntschaal, waarbij de scores van 0 tot en met 3 lopen. In het geheel is er een range van scores die van 0 tot en met 21 kunnen lopen. Vanaf een score van 11 kan er een depressie en/of een angststoornis worden vermoed (Zigmond & Snaith, 1983). In dit onderzoek werd gebruik gemaakt van de Nederlandse versie.

De interne consistentie voor de voormeting (T_0) van de depressie schaal is voor de steekproef van dit onderzoek met Cronbach's α van .72 voldoende. Ook de interne consistentie met Cronbach's α voor de eerste nameting (T_1) met .82. was goed.

2.5.2 *Forms of Self-Criticising/Attacking (FSCRS)*

Om het niveau van zelfkritiek te meten, werd in deze studie gebruik gemaakt van de Forms of Self-Criticising/Attacking and Self-Reassuring Scale (FSCRS) (Gilbert et al., 2004). De vragenlijst bestaat uit 22 items welke wordt gescoord op een vijfpuntschaal (0 = *helemaal niet zoals ik ben*, 4 = *precies zoals ik ben*). De FSCRS heeft drie subschalen, waarbij twee subschalen negatief en een subschaal positief zijn. *Inadequate self* (FSCRS-IS) en *hated self* (FSCRS-HS) zijn negatieve schalen en *reassured self* (FSCRS-RS) is een positieve subschaal (Baião, 2015). De schalen *inadequate self* en *hated self* zijn geschikt om zelfkritiek te meten. De schaal *inadequate self* is vooral op persoonlijke tekortkomingen gericht (Baião, Gilbert et al. 2015). Een voorbeelditem van *inadequate self* is: “Er is een deel van mij dat mezelf naar beneden haalt.” *Hated self* houdt meer een wens om zichzelf te kwetsen (Baião, Gilbert et al. 2015). Een voorbeelditem is: “Ik heb een gevoel van walging van mezelf.” De schaal *self-reassurance* zegt iets over de vaardigheid van iemand om zichzelf gerust te stellen en adequaat met tegenslagen om te kunnen gaan. In dit onderzoek wordt er geen gebruik gemaakt van deze schaal.

Voor *inadequate self* was er een Cronbach's α van .83 op T0 en .85 op T1. Voor de subschaal *hated self* was er een Cronbach's α van .63 in de voormeting en .72 in de nameting. De interne consistentie in de voormeting en nameting was in deze studie voor de twee subschalen redelijk tot goed.

2.5.3 *Self-Compassion Scale– Short Form (SCS-SF)*

In dit onderzoek werd gebruik gemaakt van de Self-Compassion Scale– Short Form (SCS-SF) om het niveau van zelfcompassie te meten (Neff & Vonk, 2009; Raes et al., 2011). Het niveau van zelfcompassie laat zien in hoeverre mensen in staat zijn met moeilijke situaties om te gaan. De vragenlijst bestaat uit de drie componenten *self-kindness*, *common humanity* en *mindfulness* (Neff, 2003). De SCS-SF bestaat uit 12 items en heeft zes tegenovergestelde items: Self-Kindness vs. Self-Judgement, Common Humanity vs. Isolation en Mindfulness vs. Overidentification. Een voorbeeld voor de subschaal Self-Kindness is: “Ik probeer begripvol en geduldig te zijn tegenover die aspecten van mijn persoonlijkheid die me niet bevallen.” en voor Self-Judgement is “Ik ben intolerant en ongeduldig tegenover de kanten van mijzelf die me niet bevallen.” Een voorbeeld item voor Common Humanity is: “Als ik mezelf op één of andere manier tekort voel schieten, herinner ik mezelf eraan dat de meeste mensen dit weleens hebben.” en voor Isolation “Als ik me rot voel, heb ik het idee dat de meeste andere mensen gelukkiger zijn dan ik.” Het item “Als ik ergens door van streek ben, probeer ik mijn gevoelens in balans te houden.” is een voorbeeld voor de schubschaal Mindfulness. “Als ik faal in iets dat belangrijk voor me is, kan het gevoel van mislukking mij volledig beheersen.” is een voorbeelditem voor de subschaal Overidentificatie. De SCS-SF maakt gebruik van een zevenpuntschaal (1= *zelden of nooit*, 7 = *bijna altijd*). Hogere scores tonen een hoger niveau van

zelfcompassie aan (Raes et al., 2011). In dit onderzoek werd gebruik gemaakt van de Nederlandse versie.

De interne consistentie voor de voormeting (T_0) in dit onderzoek was met $\alpha = .88$ en voor de nameting (T_1) met $\alpha = .89$ goed.

2.6 Analyse

In deze studie werd er een voor- en nameting gehanteerd. De statistische analyses werden met behulp van de software SPSS (versie 21.0) uitgevoerd. P-waardes onder het significantieniveaus van een $\alpha = .05$ werden als statistisch significant beschouwd.

Eerst werden descriptieve gegevens van de variabelen zelfcompassie (SCS-SF), zelfkritiek (FSCRS) en depressie (HADS) berekend, waarvan eerst het gemiddelde en de standaarddeviaties van de voormeting (T_0) en van de eerste nameting (T_1). Vervolgens werd een bivariate correlatieanalyse uitgevoerd om het verband tussen veranderingen in zelfcompassie, zelfkritiek en depressie te onderzoeken, waarbij zelfkritiek opgesplitst werd in *inadequate self* en *hated self*. De Pearson correlaties werden berekend met verschillen ($T_1 - T_0$). Deze verschillen geven met positieve scores een verbetering en met negatieve scores een verslechtering weer.

Met behulp van drie one-way repeated-measures ANOVA werden verschillen tussen de experimentele en wachtlijstcontrolegroep getoetst (H_1). Er werd gekeken naar groepsverschillen bij depressie, zelfcompassie en zelfkritiek, verschillen in en het verloop van de tijd (T_0 in vergelijking met T_1) en de interactie-effecten van de twee condities bij alle drie constructen. Zelfkritiek werd opgedeeld in *inadequate self* en *hated self*.

Om te toetsen of het effect van de compassietraining op depressie door zelfkritiek wordt gemedieerd, werd gebruik gemaakt van de tool PROCESS (Version 2.15 for SPSS) (Hayes, 2013). Met behulp van PROCESS kunnen directe en indirecte paden worden geanalyseerd. Om te toetsen of zelfkritiek een mediërende factor is, werden twee analyses met telkens de subschalen *inadequate self* en *hated self* uitgevoerd. Om te kijken of de mediatie significant is, werd gebruik gemaakt van de bootstrapped betrouwbaarheidsintervallen. Tevoren werd de experimentele groep met 1 en de wachtlijstcontrolegroep met 0 gecodeerd, om passende pad coëfficiënten voor de B-scores te handhaven.

3. RESULTATEN

3.1 Descriptieve gegevens

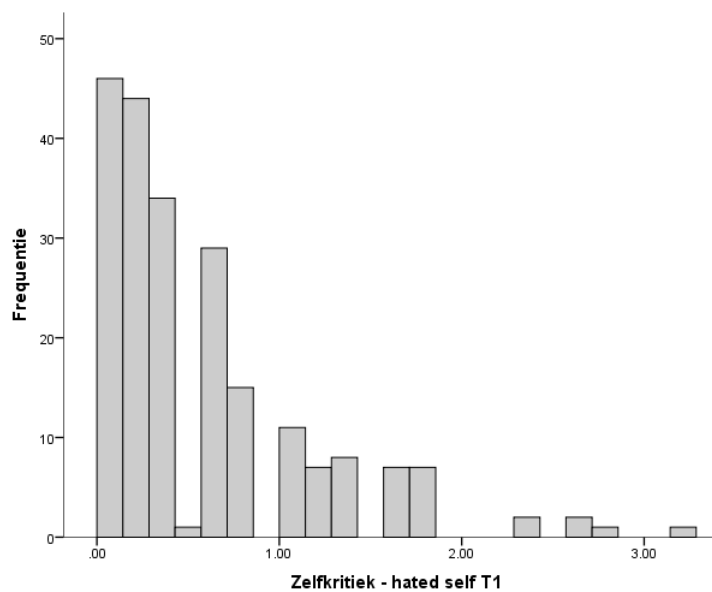
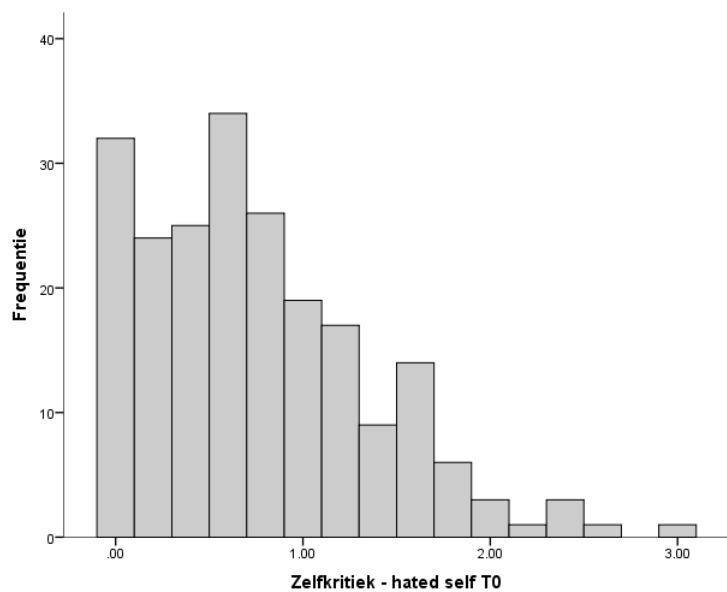
De descriptieve gegevens duiden aan dat de hypothesen H_1 en H_2 eventueel statistisch significant zouden kunnen zijn. De vermindering van voor- naar nameting van de scores van depressie lijkt hoger te zijn voor de experimentele groep ($M = -0.33$; $SD = 0.52$) dan voor de wachtlijstcontrolegroep ($M = -0.06$; $SD = 0.41$) (Tabel 2). De vermindering van voor- naar nameting van *inadequate self* lijkt voor de experimentele groep hoger te zijn ($M = -0.47$; $SD = 0.72$) dan voor de wachtlijstcontrolegroep (M

= -0.14; SD = 0.58). Ook bij *hated self* lijkt de experimentele groep een hogere vermindering van voor- naar nameting (M = -0.28; SD = 0.56) dan de wachtlijstcontrolegroep (M = -0.09; SD = 0.48) te hebben behaald. De scores van *hated self* lijken in deze steekproef erg laag te zijn. Naast nader analyse van de verdeling van des scores is er te zien dat er sprake van een plafond-effect is (Figuur 2). Het lijkt dat de participanten van de experimentele groep gemiddeld hoger scoorden op zelfcompassie van voor- naar nameting (M = 0.93; SD = 0.87) dan de wachtlijstcontrolegroep (M = 0.34; SD = 0.64), wat wijst op een eventuele effect van de behandeling (Tabel 2). Of deze bevindingen statistisch significant zijn wordt in het volgende nader getoetst.

Tabel 1

Descriptieve gegevens van depressie, zelfcompassie en zelfkritiek

	Totaal						Wachlijstcontrolegroep						Experimentele groep										
	T0			T1			T0			T1			T1-T0		T0			T1			T1-T0		
	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD	M	SD	N	M	SD	N	M	SD	M	SD	
Depressie	243	0.91	0.45	216	0.71	0.52	122	0.90	0.44	109	0.82	0.52	-0.06	0.41	121	0.92	0.47	107	0.60	0.50	-0.33	0.52	
Zelfcompassie	243	3.64	1.01	214	4.27	1.03	122	3.66	1.05	107	4.01	1.08	0.34	0.64	121	3.63	0.96	107	4.54	0.92	0.93	0.87	
Zelfkritiek	Inadequate self	243	2.05	0.77	215	1.77	0.78	122	2.05	0.74	108	1.91	0.82	-0.14	0.58	121	2.06	0.81	107	1.62	0.71	-0.47	0.72
	Hated self	243	0.74	0.59	215	0.57	0.60	122	0.73	0.55	108	0.65	0.62	-0.09	0.48	121	0.75	0.63	107	0.49	0.58	-0.28	0.56



Figuur 2. Plafond-effect van *hated self*

3.2 Correlaties tussen zelfcompassie, zelfkritiek en depressie

Zoals verwacht hangen zowel zelfcompassie en *hated self* ($r = -.36, p < .05$) als ook zelfcompassie en *inadequate self* ($r = -.50, p < .05$) negatief met elkaar samen. Dat wijst erop dat hoe hoger zelfcompassie is, hoe lager zelfkritiek is. Een hoger niveau van zelfcompassie gaat gepaard met een lager niveau van depressie ($r = -.46, p < .05$). Bovendien werd er een negatief verband gevonden tussen depressie en *inadequate self* ($r = -.30, p < .05$). Ook werd er een laag positieve samenhang tussen depressie en *hated self* ($r = .28, p < .05$) gevonden. Dat wijst erop dat mensen die een hoger niveau van *hated self* hebben meer depressieve klachten ervaren (Tabel 3).

Tabel 3

Bivariate correlaties tussen zelfcompassie (SCS-FS), zelfkritiek (FSCRS) en depressie (HADS)

	1	2	3
1 Zelfcompassie T_1-T_0			
2 Zelfkritiek “inadequate self” T_1-T_0	-.50**		
3 Zelfkritiek “hated self” T_1-T_0	-.36**	-.44**	
4 Depressie T_1-T_0	-.46**	-.30**	.28**

Aanmerking: * $p < .05$, ** $p < .01$.

3.2 Toetsing van de effectiviteit van de zelfhulpcursus

De resultaten van de repeated measures ANOVA laten zien dat het hoofdeffect voor de groepsverschillen van depressie niet statistisch significant is ($F_{(1,214)} = 2.39, p = .12$). Daarentegen is het hoofdeffect voor verschillen van de meetmomenten van depressie statistisch significant ($F_{(1,214)} = 38.17, p < .01$). Ook het interactie-effect voor depressie is statistisch significant ($F_{(1,214)} = 17.74, p < .01$). Depressie is voor de deelnemers van de experimentele conditie statistisch significant meer verminderd dan voor de wachtlijstcontrolegroep. Dat wijst erop dat de compassietraining depressieve klachten vermindert heeft (H_{1b}) (Tabel 4, Figuur 3 A).

De hoofdeffecten voor de groepsverschillen van *inadequate self* ($F_{(1,213)} = 1.85, p = .18$) en *hated self* ($F_{(1,213)} = 0.96, p = .33$) zijn niet statistisch significant. Daarentegen zijn de hoofdeffecten voor verschillen van de meetmomenten van *inadequate self* ($F_{(1,213)} = 47.17, p < .01$) en *hated self* ($F_{(1,213)} = 26.47, p < .01$) statistisch significant. Ook het interactie-effect voor *inadequate self* ($F_{(1,213)} = 13.20, p < .01$) en *hated self* ($F_{(1,213)} = 6.68, p < 0.01$) is statistisch significant. Deze bevindingen vormen een indicatie dat de compassietraining zelfkritiek heeft verminderd (H_{1c}) (Tabel 5, Figuur 3 C & D).

Het hoofdeffect voor de groepsverschillen van zelfcompassie is niet statistisch significant ($F_{(1,212)} = 3.57, p = .06$). Daarentegen is het hoofdeffect voor verschillen van de meetmomenten van zelfcompassie statistisch significant ($F_{(1,212)} = 149.70, p < .01$). Eveneens is het interactie-effect voor zelfcompassie statistisch significant ($F_{(1,212)} = 31.91, p < 0.01$). Zelfcompassie heeft voor de deelnemers van de experimentele conditie statistisch significant meer verhoogd dan voor de wachtlijstcontrolegroep. Deze resultaten wijzen erop dat de compassietraining zelfcompassie verhoogt (H_{1a}) (Tabel 4, Figuur 3 B).

Tabel 4

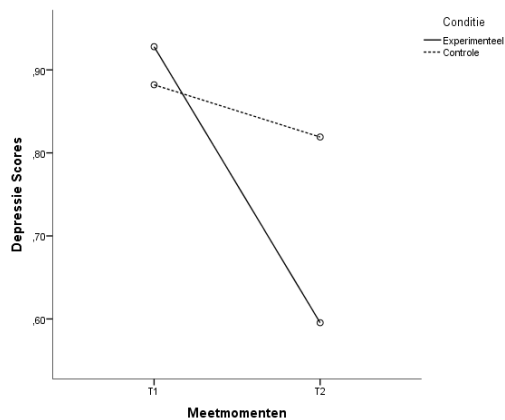
Hoofd- en interactie-effecten voor depressie en zelfcompassie

	Depressie				Zelfcompassie			
	F	Df1	Df2	p	F	Df1	Df2	p
Hoofdeffecten groep	2.39	1	214	= 0.12	3.57	1	212	= 0.06
Hoofdeffecten meetmomenten	38.17	1	214	< 0.01	149.70	1	212	< 0.01
Interactie-effect groep*meetm.	17.74	1	214	< 0.01	31.91	1	212	< 0.01

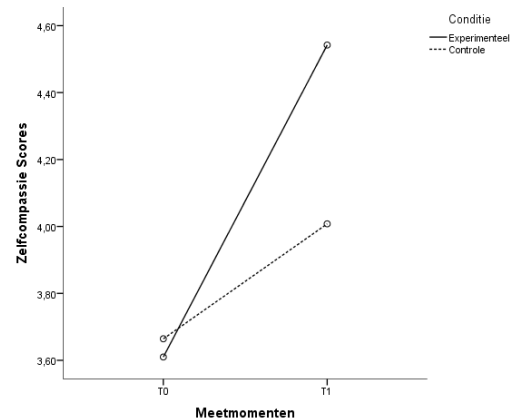
Tabel 5

Hoofd- en interactie-effecten voor *inadequate self* en *hated self*

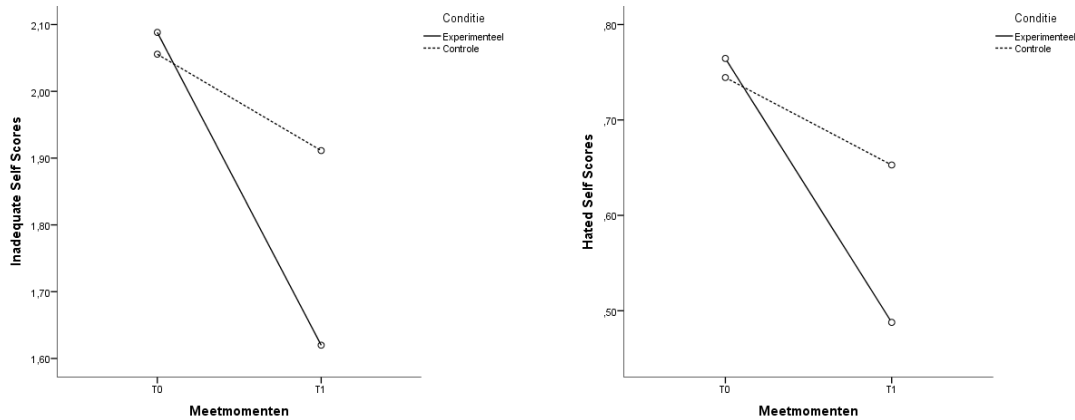
	Inadequate self				Hated self			
	F	Df1	Df2	P	F	Df1	Df2	p
Hoofdeffecten groep	1.85	1	213	= 0.18	0.96	1	213	= 0.33
Hoofdeffecten meetmomenten	47.17	1	213	< 0.01	26.47	1	213	< 0.01
Interactie-effect groep*meetm.	13.20	1	213	< 0.01	6.68	1	213	< 0.01



A) Verloop van depressie over de tijd



B) Verloop van zelfcompassie over de tijd



C) Verloop van *inadequate self* over de tijd D) Verloop van *hated self* over de tijd
 Figuur 3. Lijn-graph van de afhankelijke variabelen voor T₀ en T₁ en gesplit voor conditie

3.3 Toetsing van de mediatie effecten

Via een mediatie analyse kon worden aangetoond dat er een verband is tussen conditie, depressie en *inadequate self* ($F_{(1,213)} = 13.20; p < .001$).

De eerste regressieanalyse voor *inadequate self* laat een statistisch significant direct verband tussen conditie en depressie zien is ($B = -0.22, p < .001$, Figuur 4, pad c). Dat wijst erop dat depressieve klachten voor de experimentele groep door de compassietraining omlaag zijn gegaan en bevestigt eerdere resultaten. Bovendien is er een statistisch significant verband tussen conditie en *inadequate self* ($B = -0.32, p < .001$, Figuur 4, pad a). In deze analyse is minder *inadequate self* gerelateerd aan minder depressieve klachten ($B = 0.18, p < .01$, Figuur 4, pad b) (Tabel 6).

Het indirecte effect van conditie via *inadequate self* op depressie wordt via een betrouwbaarheidsinterval met bootstrap als statistisch significant aangetoond (95%-BI = [0.02; 0.12]) (Tabel 6). Een afname van depressieve klachten door de compassietraining wordt, zoals verwacht, gemedieerd door de zelfkritiek-component *inadequate self* ($B = -0.06; p < 0.001$, Tabel 6, Figuur 4, pad ab) (H2).

Een tweede mediatie analyse kon aantonen dat er een verband is tussen conditie, depressie en *hated self* ($F_{(2,213)} = 6.68; p < .01$).

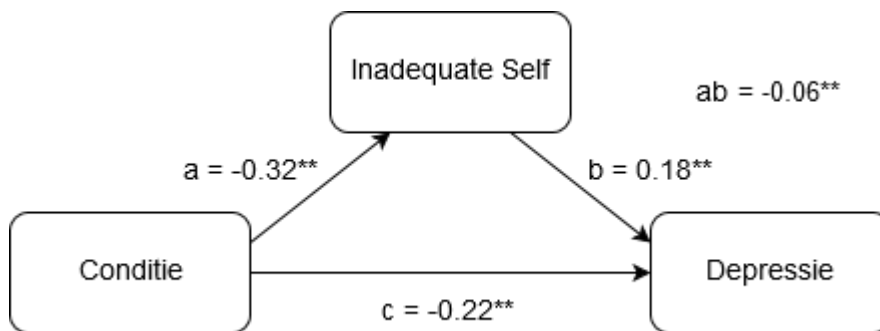
Conditie toont een statistisch significant verband met depressie aan ($B = -0.24; p < .001$, Figuur 5, pad c). Net zoals in de eerste analyse wijst het directe verband van conditie en depressie op een vermindering van depressieve klachten voor de experimentele groep door de compassietraining en bevestigt eerdere resultaten. Bovendien is er een statistisch significant verband tussen conditie en *hated self* ($B = -0.19, p < .001$, Figuur 5, pad a). Het resultaat toont aan dat *hated self* voor de experimentele conditie meer omlaag is gegaan dan voor de wachtlijstcontrolegroep. Een laag niveau van *hated self* is gerelateerd aan een laag niveau van depressie ($B = -0.19, p < 0.001$, pad a, Figuur 5) (Tabel 6).

Het indirecte effect van conditie via *hated self* op depressie wordt via een betrouwbaarheidsinterval met bootstrap als statistisch significant aangetoond (95%-BI = [0.01; 0.08]) (Tabel 6, Figuur 5, pad ab). Een afname van depressieve klachten door de compassietraining wordt, zoals verwacht, gemedieerd door de zelfkritiek-component *hated self* (H2).

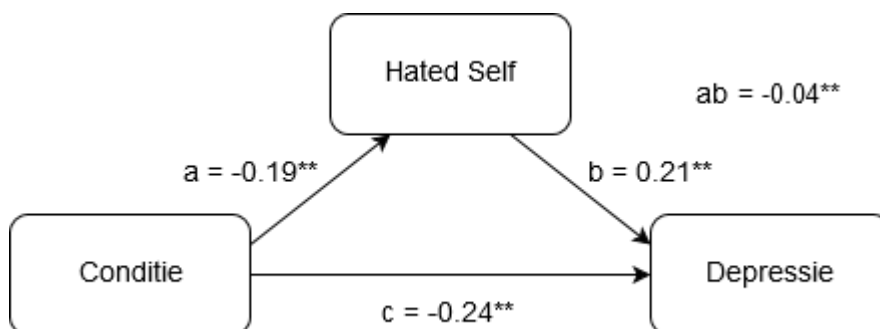
Tabel 6

Regressieanalyse naar Hayes ter bepaling van de mediatie van conditie, de componenten van zelfkritiek, *inadequate self* en *hated self*, en depressie

	Pad	onafhankelijk	afhankelijk	B	SE _B	95% CI	
						Min	Max
Inadequate self	a	Conditie	Inadequate self	-0.32	0.09	-0.50	-0.14
	b	Inadequate self	Depressie	0.18	0.48	0.09	0.27
	c	Conditie	Depressie	-0.22	0.06	-0.34	-0.09
	ab	Conditie via Inadequate self		Depressie	-0.06	0.03	-0.12
Hated self	a	Conditie	Hated self	-0.19	0.07	-0.33	-0.04
	b	Hated self	Depressie	0.21	0.06	0.10	0.33
	c	Conditie	Depressie	-0.24	0.06	-0.36	-0.11
	ab	Conditie via Hated self		Depressie	-0.04	0.02	-0.08



Figuur 4. Grafische afbeelding van het mediatie model van X = conditie, M = *inadequate self* en Y = depressie. De drie constructen werden met behulp van verschillcores geanalyseerd. * p < .05, ** p < .01. Ab = indirect verband van conditie naar depressie via *inadequate self*.



Figuur 5. Grafische afbeelding van het mediatie model van X = conditie, M = *hated self* en Y = depressie. De drie constructen werden met behulp van verschillcores geanalyseerd. * p < .05, ** p < .01. Ab = indirect verband van conditie naar depressie via *hated self*.

4. DISCUSSIE

In deze studie werd onderzocht welke rol zelfkritiek (*inadequate self* en *hated self*) speelt bij een afname van depressieve klachten binnen de zelfhulpcursus 'Compassie als sleutel tot geluk, voorbij stress en zelfkritiek'. Ten eerste werden de effecten van de zelfhulpcursus op depressie, zelfkritiek en zelfcompassie geanalyseerd (H₁). Daarnaast werd onderzocht of het effect van de compassietraining op depressie gemedieerd wordt door veranderingen in zelfkritiek (H₂). Het onderzoek werd uitgevoerd met een niet-klinische steekproef.

Zoals verwacht zijn door de compassietraining depressieve klachten (cf. Gilbert & Procter, 2006) (H_{1a}), en zelfkritiek (cf. Feldman & Kyuken, 2011; Neff, 2003) (H_{1b}) verminderd, en zelfcompassie verhoogd (cf. Gilbert & Procter, 2006; Neff & Vonk, 2009) (H_{1c}). Beide componenten van zelfkritiek (*hated self* en *inadequate self*) werden door de training verminderd. Ook heeft een verandering van zelfkritiek een bijdrage geleverd aan een reductie van depressieve klachten door de training (H₂).

Hoewel beide componenten van zelfkritiek door de training omlaag zijn gegaan, was het verschil in deze studie voor *inadequate self* groter dan voor *hated self*. Dit zou kunnen komen door een plafond-effect van *hated self* in de steekproef van deze studie. Bestudering van de gemiddelden en standaarddeviaties van *inadequate self* en *hated self* laat inderdaad zien dat het plafond-effect een plausibele verklaring zou kunnen zijn voor het verschil tussen de uitkomsten van de twee componenten. De gemiddelden van *inadequate self* lagen ongeveer in het middenpunt van de schaal. De gemiddelden van *hated self* daarentegen lagen aanzienlijk lager dan het middenpunt van de schaal. De belangrijkste functie van *inadequate self* is eigen fouten te corrigeren en zichzelf te verbeteren. *Hated self* wordt vooral met walging ten opzichte van zichzelf geassocieerd en is destructiever dan *inadequate self* en staat sterker in verband met depressie dan *inadequate self* (Gilbert, Clarke, Hempel, Miles & Irons, 2004). Aangezien de deelnemers van deze studie geen klinische steekproef waren, zou dat een verklaring voor de lage scores van *hated self* kunnen zijn.

De drie compassie-componenten *self-kindness*, *common humanity* en *mindfulness* (Neff, 2003^b) werden niet apart in deze studie onderzocht. Dus is er niet duidelijk welke componenten in welke mate veranderd zijn. Want de compassietraining veel oefeningen bevat die bedoelt zijn om deze drie componenten te trainen, zou er desondanks kunnen worden vermoed, dat een afname van depressieve klachten en zelfkritiek, en een toename van zelfcompassie met een verbetering van de drie componenten van Neff (2003^b) te maken heeft. Belangrijke onderdelen van de training waren onder ander het oefenen van vriendelijkheid voor zichzelf (*self-kindness*) en *mindfulness*. Mensen die een hoog niveau van vriendelijkheid voor zichzelf hebben, zijn in staat zichzelf warm en begripvol te

bejegen als zij tekort voelen te schieten. Negatieve gevoelens worden bewust waargenomen in plaats van zelfkritisch te zijn, want zij zich bewust zijn dat onvolmaaktheden en negatieve ervaringen tot het leven bijhoeren (Neff, 2003^b). De deelnemers van de compassietraining werden uitgenodigd negatieve emoties te reflecteren die in samenhang met tekortkomingen staan en vervolgens zelfkritische gedachten positiever te formuleren (Hulsbergen & Bohlemeijer, 2015). Door middel van de vriendelijkheidsoefeningen van de training zou het kunnen dat de realiteit niet ontkend of ertegen gevochten werd en meer acceptatie voor tekortkomingen is worden bereikt, waardoor depressie, zelfkritiek en zelfcompassie verbeterd zijn. Daarboven zou het kunnen dat de deelnemers hun ervaringen in mindere mate negatief geëvalueerd hebben. Naast oefeningen die vooral op het verbeteren van *vriendelijkheid* gericht zijn, werden de deelnemers uitgenodigd mindfulnessoefeningen uit te voeren. Bij mindfulness gaat het vooral erom aandacht te richten op een niet-oordelende manier. Gedachten en gevoelens worden neutral beschouwd. Er vindt geen identificatie met gedachten en gevoelens plaats (Neff, 2003^b). Het zou kunnen dat ook *mindfulness* een mechanisme was die tot een verbetering van depressie, zelfkritiek en zelfcompassie gevoerd heeft. Het is mogelijk dat de deelnemers door de mindfulnessoefeningen meer ruimte gekregen hebben door hun gedachten en gevoelens niet te beoordelen. Dat zij bereid waren negatieve gedachten en gevoelens met helderheid en openheid te bekijken.

Zoals verwacht (H2) heeft een verandering van zelfkritiek een bijdrage geleverd aan een reductie van depressieve klachten door de training. Dat is een aanwijzing dat de verandering in zelfkritiek een verklarende factor voor een afname van depressieve klachten is (cf. Gilbert & Irons, 2004). Uit eerder onderzoek is bekend dat zelfkritiek en depressie positief aan elkaar gerelateerd zijn (Ayano, Min-Sun & Satoshi, 2014). Zelfkritiek kan als een antagonist van zelfcompassie worden beschouwd. Zelfkritische mensen gaan op een onaangenaam beoordelende manier met zichzelf om (Neff, Pistisungkagan & Hsieh, 2008) met als doel zich te beschermen tegen schade (Kim, 2005). Bij zelfkritiek worden onbewust herinneringen zoals over naarigheid van de ouders of vrees voor afwijzing. Uitgelokt worden deze herinneringen door mensen die kritisch of afwijzend ten opzichte van de zelfkritische persoon blijken. De herinneringen representeren de achtergrond van zelfkritische gedachten en gevoelens. Op basis van deze traumatische herinneringen worden verschillende veiligheidsstrategieën zoals zichzelf belemmeren, zich op bedreigingen te focussen of sensitief voor non-verbale communicatie zijn, geactiveerd. Mensen proberen zo goed mogelijk pijnvolle situatie, emoties en herinneringen te reguleren. Als onbedoeld bijeffect worden aanvallen of vijandig gedrag tegen zichzelf aangetoond, wat tot depressieve klachten kan leiden. Compassie-oefeningen beïnvloeden de achtergrond van zelfkritiek zoals de activatie van traumatische herinneringen en veiligheidsgedrag (Gilbert & Procter, 2006). Het zou kunnen dat door de verschillende compassieoefeningen van de training invloed werd genomen op de achtergrond en het veiligheidsgedrag van de deelnemers, waardoor de onbedoelden aanvallen tegen zichzelf verminderd en daaraan gerelateerd depressieve klachten omlaag gegaan zijn. Het vertonen van vriendelijkheid en

warmte voor zichzelf en acceptatie van tekortkomingen (Gilbert, 2009) die in de training geoefend werden, zouden mechanismen kunnen zijn die zelfkritische gedachten en beelden bij de deelnemers hebben doorgebroken.

Uit onderzoek van Gilbert, Clarke, Hempel, Miles & Irons (2004) komt naar voren dat vooral *hated self* een goede voorspeller voor een depressieve stoornis is. *Hated self* houdt vooral zelfafkeuring in wat tot zelfdestructie kan leiden. Dat wijst erop dat vooral deze component pathogeen is. Zij hebben de wens zich los te maken van het ongewenste gedeelte. Die relatie tussen *inadequate self* en depressie was in hun onderzoek daarentegen slechts moderaat en gaat met de functie zelfcorrectie in een meer positieve richting. Het verband van de mediatie van *hated self* is in deze studie niet veel sterker dan van *inadequate self*. De resultaten van de mediatie in deze studie laten zien dat door een compassietraining zowel de pathogene component *hated self* als ook *inadequate self* kan worden bestreden, waardoor depressieve klachten afnemen. Bij *hated self* zou meer acceptatie voor het waargenomen ongewenste gedeelte een rol kunnen spelen. Echter, er was geen klinische steekproef in deze studie. De uitspraken die werden gemaakt hebben betrekking op een steekproef met lichte depressieve klachten. Uit deze reden zouden er verschillen tussen deze studie en het onderzoek van Gilbert, Clarke, Hempel, Miles & Irons (2004) zijn.

Kortom, met een afname van zelfkritiek door het vertonen van een hoger niveau van zelfcompassie wordt als belangrijk bijeffect het niveau van lichte depressieve klachten verminderd. Zelfcompassie-vaardigheden werken als een buffer tegen dagelijkse uitdagingen die zelfkritische gedachten kunnen uitlokken. Daardoor wordt een destructieve spiraal tegengewerkt.

Uniek aan deze studie is dat de training die gebaseerd is op de *compassion focused therapy* (Gilbert, 2009) aangevuld met oefeningen van Neff (2003b) in een bibliotherapie aangeboden werden, met een minimum aan e-mail begeleiding met een therapeut. De uitkomsten van deze studie tonen aan dat compassieoefeningen die door middel van een bibliotherapie worden aangeboden geschikt zijn om de vaardigheid warm en begripvol met zichzelf om te gaan kunnen verbeteren. Daarboven kunnen zelfkritiek en lichte depressieve klachten bij mensen uit de algemene populatie worden verminderd.

4.1 Sterken kanten en limitaties

De compassietraining heeft enkele belangrijke voordelen ten opzichte van face-to-face behandelingen. Doordat de training op het internet werd aangeboden, was de interventie kosteneffectief. Ook is er weinig begeleiding nodig. Bovendien werden in deze studie sterke effecten gevonden.

Een methodologische limitatie in deze studie is dat slechts twee meetmomenten (T_1 en T_2) werden gebruikt voor zowel de bepaling van de effectiviteit van de compassietraining als voor de mediatie-toets. Door de specialisatie op deze twee meetmomenten kan niet worden beschouwd hoe de effecten van de training op lange termijn zijn. Als T_3 en T_4 zouden worden meegenomen in de analyse zou er duidelijker worden of de effecten mogelijk slechts van korte duur zijn.

Daarboven wordt is er niet duidelijk of het niveau van zelfkritiek voor depressie verandert. Het zou kunnen dat zelfkritiek gelijktijdig met depressie verandert is.

Hoewel de steekproef groot genoeg en normaal verdeeld is, is niet duidelijk of de studie representatief is voor de algemene populatie. Met een blik op de demografische gegevens wordt duidelijk dat de meerderheid van de steekproef vrouwelijk is. Het hoge aantal vrouwen in deze studie zou een bedreiging voor de externe validiteit kunnen zijn, omdat vrouwen uit een niet-klinische populatie tot meer zelfkritiek neigen dan mannen (Baião, Gilbert, McEwan, & Carvalho, 2015). Naast geslachtsverschillen bij zelfkritiek vertonen meer vrouwen dan mannen een depressie. Ongeveer een kwart van alle vrouwen en slechts één achtste van alle mannen heeft de kans een depressie te ontwikkelen (Wittchen & Hoyer, 2011).

Een andere risicofactor voor de externe validiteit is dat de meerderheid van de steekproef hoog opgeleid is. Er zijn aanwijzingen dat mensen die lager opgeleid zijn minder goede effecten op behandelingen laten zien dat mensen die hoger opgeleid zijn (Hadjistavropoulos, Pugh, Hesser, & Andersson, 2016). De resultaten van deze studie zijn dus mogelijk niet te generaliseren. Er wordt aangeraden dit onderzoek nog eens uit te voeren met mensen die lager opgeleid zijn om de effectiviteit te toetsen.

4.2 Toekomstig onderzoek

In deze studie is bewijs gevonden dat een compassietraining zelfkritiek en lichte depressieve klachten kunnen reduceren. Dit onderzoek werd uitgevoerd met een steekproef vanuit de algemene populatie. Er wordt geadviseerd het onderzoek nog eens met een klinische populatie uit te voeren, omdat er vooral verschillen in het niveau van zelfkritiek bestaan tussen de algemene en de klinische populatie. Mensen vanuit de klinische populatie vertonen een hoger niveau van zelfkritiek dan mensen vanuit de algemene populatie (Castilho, Pinto-Gouveia & Duarte, 2015). Mensen met een moderate depressie werden in dit onderzoek uitgesloten. Hoewel mensen vanuit de algemene populatie baat hebben bij het verhogen van zelfcompassie zouden mogelijk vooral mensen met matige of zwaardere depressieve klachten een verhoogd niveau van zelfcompassie als een hulpmiddel kunnen gebruiken om zelfkritiek en depressie te reduceren. Door compassie-vaardigheden te oefenen zou ook het niveau van zelfkritiek bij mensen met een klinische depressie omlaag kunnen gaan. Op basis van de uitkomsten van dit onderzoek zou er ook bij de klinische populatie worden verwacht dat depressieve klachten omlaag gaan door een reductie van zelfkritiek middels de compassietraining.

Bovendien wordt er geadviseerd het onderzoek met een steekproef uit te voeren met bij benadering gelijk verdeelde demografische gegevens, zoals geslacht en opleiding, om de resultaten over de effecten van de training en de relatie tussen zelfkritiek en depressie binnen de compassietraining te ondersteunen en representatief te maken. Hierbij zouden geslacht, leeftijd en andere controlevariabelen in het mediatio model kunnen worden geïntegreerd en apart worden geanalyseerd. Hierdoor zou dieper inzicht worden verkregen in de eventuele verschillen tussen

bijvoorbeeld mannen en vrouwen. Bovendien laat onderzoek zien dat de adherentie en verbeteringen van klachten door behandelingen bij lager opgeleide mensen minder hoog is dan bij hoger opgeleide mensen bij een begeleide cognitieve gedragstherapie die op het internet werd aangeboden (Hadjistavropoulos, Pugh, Hesser, & Andersson, 2016). Omdat de training een zelfhulpcursus in vorm van een boek is, zouden er verschillen in adherentie kunnen optreden als er meer lager opgeleide mensen aan het onderzoek deelnemen en de effecten mogelijk lager zijn. Het zou een voordeel zijn een aantal laag opgeleide mensen aan het onderzoek te integreren om ook de effecten voor deze populatie te exploreren.

Ook zouden in vervolgonderzoek meer variabelen dan zelfkritiek in het model als mediator tussen een compassietraining en depressie geïntegreerd kunnen worden. Een aanbeveling is naast zelfkritiek ook naar de mediërende rol van zelfcompassie op depressie te onderzoeken. Om een een nauwkeuriger beeld te krijgen zouden de drie componenten *self-kindness*, *common humanity* en *mindfulness* van Neff (2003^b) apart worden oerzocht. Op deze manier zou dieper kunnen worden geëxploreerd welke andere mechanismen er tussen depressie en de training zitten behalve zelfkritiek.

4.3 Praktische Aanbevelingen

Voor veel mensen met psychische problemen is het lastig een beslissing te nemen om in psychotherapeutische behandeling te gaan. Het opzoeken van hulp in de vorm van psychotherapie is vaak verbonden met schaamte (Gilbert, 2011). De drempel kan zo hoog zijn dat een psychotherapie nooit in overweging wordt genomen. De meeste depressieve stoornissen blijven onontdekt en worden daardoor niet behandeld. Een depressieve episode, die niet behandeld wordt, kan als gevolg hebben dat de depressie chronisch wordt. De destructieve spiraal gaat aanhoudend naar beneden, waardoor de symptomen erger worden. Dat heeft als gevolg dat het ervaren leed omhoog gaat door het vertonen van dysfunctionele gedachten (Wittchen & Hoyer, 2011). Mogelijk is de drempel om een zelfhulpcursus in vorm van een boek te volgen lager voor mensen met depressie of andere psychopathologie. Deze studie laat zien dat de zelfhulpcursus 'Compassie als sleutel tot geluk, voorbij stress en zelfkritiek' geschikt is om psychopathologische mechanismen, zoals zelfkritiek, te bestrijden. Mensen die niet naar een psychotherapeut durven te gaan hebben met de zelfhulpcursus de mogelijkheid zelfcompassie-vaardigheden te oefenen en als coping strategie te gebruiken in plaats van het vertonen van zelfkritiek. Op deze manier kunnen depressieve symptomen worden verminderd.

5. CONCLUSIE

Kortom, de effecten van de zelfhulpcursus op depressie, zelfkritiek en zelfcompassie laten het voordeel van het oefenen van compassie-vaardigheden zien. Ook de effecten van de mediatie tonen aan dat zelfkritiek als een verklarende factor voor een afname van lichte depressieve klachten kan worden beschouwd. Door het verduidelijken van deze relatie kunnen interventies beter worden ontwikkeld en de effectiviteit worden verhoogd. Het gebruik van een compassietraining in vorm van

een bibliotherapie met een minimum aan e-mail begeleiding zou een kosteneffectieve manier zijn om mensen uit de algemene populatie te helpen zelfkritiek en lichte depressieve klachten te reduceren. Met de integratie van een vrij toegankelijk compassietraining zou een groot aantal mensen de mogelijkheid hebben hun klachten middels compassieoefeningen te verminderen.

6. LITERATUUR

- Baião, R., Gilbert, P., McEwan, K., & Carvalho, S. (2015). "Forms of Self-Criticising/Attacking & Self-Reassuring Scale: Psychometric properties and normative study." *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 88(4): 438-452. doi:10.1111/papt.12049
- Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*, 12(5), 527–562. doi:10.1016/0272-7358(92)900700
- Bohlmeijer, E., Bolier, L., Westerhof, G. & Walburg, J. A. (2015). Handboek positieve psychologie: theorie onderzoek toepassingen, Uitgeverij Boom (tweede editie). Amsterdam.
- 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.
- Bohus, M. & Wolf-Arehult, M. (2013). Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten – Das Therapeutenmanual, (tweede editie), Schattauer Verlag, Stuttgart.
- Brown, B. (1999). Soul without shame: A guide to liberating yourself from the judge within. Boston: Shambala.
- Castilho, P., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, J. (2015). Exploring Self-criticism: Confirmatory Factor Analysis of the FSCRS in Clinical and Nonclinical Samples. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 22(2), 153–164. doi:10.1002/cpp.1881
- Cronbach, L.J. & Furby, L. (1970). How We Would Measure „Change“ - Or Should We? *Psychological Bulletin*, 74(1), 68-80.
- De Graaf, R. Ten Have, M.M., van Dorsselaar, S. (2010). De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos-instituut
- De Graaf, R., ten Have, M., van Gool, C., & van Dorsselaar, S. (2012). Prevalentie van psychische aandoeningen en trends van 1996 tot 2009; resultaten van NEMESIS-2. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54(1), 27.
- Dundas, I., Svendsen, J. L., Wiker, A. S., Granli, K. V., & Schanche, E. (2015). Self-compassion and depressive symptoms in a Norwegian student sample. *Nordic Psychology*, 68(1), 58-72. doi:10.1080/19012276.2015.1071203
- Feldman, C., & Kuyken, W. (2011). Compassion in the landscape of suffering. *Contemporary Buddhism*, 12, 143–155.
- Gilbert, P. (2005). Compassion: Conceptualizations, Research and Use in Psychotherapy. Routledge

e-book.

- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199–208. doi:10.1192/apt.bp.107.005264
- Gilbert, P. (2011). Shame in psychotherapy and the role of compassion focused therapy. Shame in the therapy hour. Washington, DC, US: American Psychological Association, 325-354, <http://dx.doi.org/10.1037/12326-014>
- Gilbert, P., Baldwin, M.W., Irons, C., Baccus, J.R. & Palmer, M. (2006). Self-Criticism and Self-Warmth: An Imagery Study Exploring Their Relation to Depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 30(2), 183-200.
- Gilbert, P., Clarke, M. Hempel, S. Miles, J.N.V. & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 31–50.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. *Compassion. Conceptualizations, Research and use in Therapy* (pp. 263–325). Hove, UK: Routledge.
- 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. The British Psychological Society*, 84, 239–255.
- 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(6), 353–379. doi:10.1002/cpp
- Hadjistavropoulos, H. D., Pugh, N. E., Hesser, H., & Andersson, G. (2016). Predicting Response to Therapist-Assisted Internet-Delivered Cognitive Behavior Therapy for Depression or Anxiety Within an Open Dissemination Trial. *Behavior Therapy*, 47(2), 155–165. doi:10.1016/j.beth.2015.10.006
- Hayes, A., F. (2013). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach*. London, England: The Guilford Press
- Hulsbergen, M. L. & Bohlmeijer, E. T., (2015). *Compassie als sleutel tot geluk; voorbij stress en zelfkritiek*. Boom, Amsterdam.
- Kim, E.J. (2005). The effect of the decreased safety behaviors on anxiety and negative thought in social phobics. *Anxiety Disorders*, 19, 69–86.
- Kitayama, S., Markus, H.R., Matsumoto, H. & Norasakkunkit (1997). Individual and Collective Processes in the Construction of the Self: Self-Enhancement in the United States and Self-Criticism. *Japan Journal of Personality and Social Psychology*, 72(6), 1245-1267.
- Kuiper, P.C. (2010). *Seelenfinsternis: Die Depression eines Psychiaters*, (10e editie) Fischer Verlag.
- Lucre, K.M. & Corten, N. (2013). *An exploration of group compassion-focused therapy for*

- personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 86, 387–400.
- MacBeth, A. & Gurmley, A. (2006). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review* 32 (2012) 545–552.
- Mills, A., Gilbert, P., McEwan, B. K. & Gale, C. (2007). Paranoid beliefs and self-criticism in students. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14(5), 358-364.
- Müssigbrodt, H., Kleinschmidt, S., Freybereg, H.,J. & Dilling, H. (2006). *Psychische Störungen in der Praxis*, (derde editie) Verlag Hans Huber.
- Neff, K. D. (2001). *Self-compassion*. New York: William Morrow.
- Neff, K. D. (2003a). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223–250. doi:10.1080/15298860390209035
- Neff, K. D. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-102.
- Neff, K. D., & Dahm, K. A. (2015). *Self-Compassion: What It Is, What It Does, and How it Relates to Mindfulness*. Mindfulness and Self-Regulation. New York: Springer.
- Neff, K.D., Pisitsungkagarn, K. & Hsieh, Y.P. (2008). Self-compassion and Self-construal in the United States, Thailand, and Taiwan, *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 39(3), 267-285
- Neff, K.D., & Vonk, R. (2009). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41, 139-154.
- Neff, K.D. & McGehee, P. (2010). Self-compassion and Psychological Resilience Among Adolescents and Young Adults. *Self and Identity*, 9: 225–240.
DOI:10.1080/15298860902979307
- Pyszczynski, J. & Greenberg, T. (1987). Vol0033-2909/87/\$00.75 Self-Regulatory Perseveration and the Depressive Self-Focusing Style: A Self-Awareness Theory of Reactive Depression. *Psychological Bulletin*. 102(1), 122-138.
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale, 18, 250–255. doi:10.1002/cpp.702
- Saß, H., Wittchen, H.U. & Zaudig, M. (2003). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen (DSM-IV-TR)*, Hogrefe, Göttingen.
- Stockmeier, C.A., Mahajan, G.J., Konick, L.C., Overholser, J.C., Jurjus, G.J. & Meltzer, H.Y. (2004). Cellular changes in the postmortem hippocampus in major depression. *Biological Psychology*, 56: 640–650.
- Whelton, W.J., & Greenberg, L.S. (2005). Emotion in self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 38, 1583–1595.
- World Health Organization (2005). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*.

Genève: WHO

Wittchen, H.U., Hoyer, J. (2011) *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (pp. 731-760) (eerste editie), Heidelberg, Springer-Verlag.

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