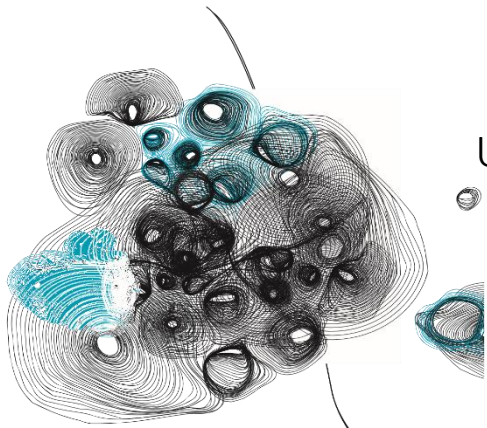




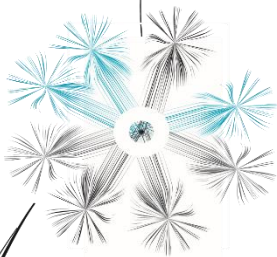
Uitkomsten van een RCT naar een
zelfcompassietraining: effecten,
mediatoren en moderatoren

Masterthesis
A. ter Veen



Begeleiders
MSc. M.P.J. Sommers-Spijkerman
Dr. H.R. Trompetter

Universiteit Twente, Enschede
Positieve Psychologie en Technologie



April, 2017

UNIVERSITY OF TWENTE.

Samenvatting

Achtergrond. De transdiagnostische factor zelfkritiek speelt een belangrijke rol bij de ontwikkeling en instandhouding van angst- en depressieve klachten. De ontwikkeling van zelfcompassie blijkt een beschermende factor te zijn tegen zelfkritiek. Het doel van deze studie was om te onderzoeken of de zelfhulpcursus ‘Compassie als sleutel tot geluk, voorbij stress en zelfkritiek’ effectief is in het verbeteren van angst- en depressieve klachten, zelfkritiek en zelfcompassie bij een niet-klinische populatie. Daarnaast was het doel om meer inzicht te verkrijgen in het werkingsmechanisme van het effect van CFT en om te onderzoeken of specifieke groepen meer baat zouden hebben bij het volgen van de cursus.

Methoden. Het design van de studie was een gerandomiseerde gecontroleerde trial (RCT) en bestond uit een wachtlijstgroep (n = 104) en een experimentele groep (n = 98). De interventie duurde zeven weken. Angst- en depressieve klachten werden gemeten door middel van de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) en de mate van zelfkritiek en zelfcompassie aan de hand van de Forms of Self Criticising/Attacking and Self-Reassuring Scale (FSCRS). De uitkomsten op de vragenlijsten zijn tijdens baseline en zes maanden na afloop van de interventie geanalyseerd.

Resultaten. Na zes maanden verbeterde de interventiegroep significant meer op alle uitkomstmaten in vergelijking met de wachtlijstgroep. Mediatie analyses lieten zien dat het effect van de interventie op de mate van angstklachten werd gemedieerd door veranderingen in de mate van zelfkritiek en zelfcompassie. Het effect op de mate van depressieve klachten werd gemedieerd door veranderingen in de mate van zelfcompassie. Uit moderatie analyses kwam naar voren dat angst- en depressieve klachten niet gemodereerd werden door de mate van zelfkritiek of zelfcompassie die deelnemers bij de start van de interventie ervaarden.

Conclusie. De resultaten van deze studie suggereren dat de zelfhulpcursus effectief is in het verbeteren van angst- en depressieve klachten, zelfkritiek en zelfcompassie. Met betrekking tot het werkingsmechanisme van de cursus is duidelijk geworden dat effecten van de interventie werken via de verbetering van zelfkritiek en zelfcompassie. Daarnaast blijkt dat mensen met een hoge mate van zelfkritiek of een lage mate van zelfcompassie niet meer baat hebben bij de interventie dan andere deelnemers. Vervolgonderzoek kan uitwijzen of de cursus kan worden ingezet bij mensen die zelfkritisch zijn, om verergering van angst- en depressieve klachten te voorkomen.

Abstract

Background. The transdiagnostic factor self-criticism plays an important role in the development and maintenance of anxiety and depressive symptoms. The development of self-compassion appears to be a protective factor against self-criticism. The aim of this study was to investigate whether the self-help course ‘Compassion is the key to happiness, beyond stress and self-criticism’ is effective in improving anxiety and depressive symptoms, self-criticism and self-compassion in a non-clinical population. In addition, the aim was to gain more insight into the mechanism of the effect of CFT and to examine whether specific groups would benefit more from attending the course.

Methods. The design of the study was a randomized controlled trial (RCT) and consisted of a waiting list group (n = 104) and an experimental group (n = 98). The intervention lasted seven weeks. Anxiety and depressive symptoms were measured by the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), the Forms of Self Criticism Sing/Attacking and Self-Reassuring Scale (FSCRS) measured the degree of self-criticism and self-compassion. The results of the questionnaires were analyzed at baseline and six months after the intervention.

Results. After six months the intervention group was significantly more improved on all outcome measures compared to the waiting list group. Mediation analysis revealed that the effect of the intervention on the level of anxiety symptoms was mediated by changes in the degree of self-criticism and self-compassion. The effect on the degree of depressive symptoms was mediated by changes in the degree of self-compassion. Moderation analysis revealed that anxiety and depressive symptoms were not moderated by the degree of self-criticism or self-compassion that participants experienced at the start of the intervention.

Conclusion. The results of this study suggest that the self-help course is effective in improving anxiety and depressive symptoms, self-criticism and self-compassion. Regarding the mechanism of the course it has become clear that the effects of the intervention works on the improvement of self-criticism and self-compassion. It also reveals that people with a high degree of self-criticism or a low degree of self-compassion, do not benefit more from the intervention than other participants. Further research may reveal whether the course could be used for people who are self-critical, to prevent impairment of anxiety and depressive symptoms.

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
Abstract	3
1. Inleiding	5
1.1 Depressieve en angststoornissen	5
1.2 Zelfkritiek	6
1.3 Zelfcompassie	7
1.4 Compassion Focused Therapy	8
1.5 Doel van het onderzoek en onderzoeksvragen	9
2. Methode	10
2.1 Design	10
2.2 Participanten en procedure	10
2.3 Steekproefgrootte	12
2.4 Interventie	12
2.5 Meetinstrumenten	13
2.6 Analyses	14
3. Resultaten	16
3.1 Baselinekenmerken	16
3.2 Effecten van de cursus	16
3.3 Mediërend effect van zelfkritiek op angst- en depressieve klachten	17
3.4 Mediërend effect van zelfcompassie op angst- en depressieve klachten	18
3.5 Modererend effect van zelfkritiek op angst- en depressieve klachten	20
3.6 Modererend effect van zelfcompassie op angst- en depressieve klachten	20
4. Discussie	21
4.1 Sterktes en beperkingen van de studie	24
4.2 Vervolgonderzoek	25
4.3 Conclusie	25
Referenties	26

1. Inleiding

1.1 Depressie en angststoornissen

Angst- en depressieve stoornissen vallen onder de meest voorkomende psychische stoornissen (Veerbeek, Knispel & Nuijen, 2015). Het blijkt dat vier op de tien volwassenen die een matige tot ernstige stemmings- of angststoornis hebben, en gebruik maken van professionele zorg, na drie jaar nog steeds of opnieuw aan deze stoornissen lijden (Nuijen et al., 2014). Op dit moment wordt volgens de richtlijnen in de geestelijke gezondheidszorg voornamelijk Cognitieve Gedragstherapie (CGT), interpersoonlijke psychotherapie en/of medicatie ingezet om deze stoornissen te behandelen (van Balkom et al., 2013; Spijker et al., 2013). CGT wordt al jaren gezien als de gouden standaard van behandeling bij vele stoornissen (Johnsen & Friberg, 2015), hoewel uit een meta-analyse van Baardseth et al. (2013) naar voren komt dat CGT niet effectiever is dan andere vormen van therapie, zoals psychodynamische therapie. Uit een meta-analyse van Johnson en Friberg (2015) blijkt zelfs dat de effectiviteit van CGT bij depressie de laatste jaren minder wordt. Verschillende onderzoeken tonen aan dat bij ongeveer de helft van de mensen, die lijden aan depressieve- of angstklachten, het huidige standaardbehandelaanbod geen effect heeft (Bulmash, Harkness, Stewart & Bagby, 2009; Fava, 2003; Loerinc et al., 2015; Luty et al., 2007).

Om betere behandeluitkomsten te verkrijgen, en de kans op terugval te verkleinen, kan gefocust worden op onderliggende mechanismen van psychopathologie; transdiagnostische factoren of processen genoemd (van Heycop ten Ham, Hulsbergen & Bohlmeijer, 2014; Nolen-Hoeksema & Watkins, 2011; Watkins, 2015). Bij verschillende stoornissen zijn gemeenschappelijke factoren te vinden zoals gelijke symptomen, gelijk gedrag en gelijke copingstrategieën. Er wordt vanuit gegaan dat deze onderliggende mechanismen, stoornissen in stand kunnen houden (van Heycop ten Ham et al., 2014). Enkele voorbeelden van transdiagnostische processen zijn vermijding, rumineren (Nolen-Hoeksema & Watkins, 2011), catastrofaal denken (Gellatly & Beck, 2016), schaamte en emotiedisregulatie (Paulus, Vanwoerden, Norton, & Sharp, 2016). De transdiagnostische factor zelfkritiek blijkt een belangrijke rol te spelen bij de ontwikkeling en de instandhouding van depressieve en angststoornissen (Blatt & Zuroff, 1992; Dunkley, Sanislow, Grilo & McGlashan, 2009; Gilbert & Proctor, 2006; Kannan & Levitt, 2013; Mandel, Dunkley & Moroz, 2015; Shahar, Doron & Szepeswol, 2015b). Bij de behandeling van depressie en angst zou daarom meer gefocust kunnen worden op de transdiagnostische factor zelfkritiek.

1.2 Zelfkritiek

Dunkley, Zuroff en Blankstein (2003) definiëren zelfkritiek als “een voortdurende harde vorm van zelfonderzoek waarbij iemand zeer kritisch is ten opzichte van zichzelf, geen voldoening haalt uit succesvolle prestaties en continue bezorgd is over de verwachtingen en de kritiek van anderen” (p. 234). Het verschil tussen een algemene manier van zelfonderzoek en de manier waarop mensen met een hoge mate van zelfkritiek zichzelf evalueren, is dat deze laatste groep dit op een harde en vijandige manier naar zichzelf toe doet. Als gevolg hiervan voelen deze mensen zich vaak machteloos, angstig en depressief (Shahar et al., 2015a) en zijn eerder geneigd een poging tot suïcide te doen (Blatt, Quinlan, Pilkonis, & Shea, 1995). Uit verschillende studies komt naar voren dat zelfkritiek, zowel in klinische als in niet-klinische populaties, een risicofactor is voor de ontwikkeling van depressieve klachten (Shapira & Mongrain, 2010). Een verhoging van de mate van zelfkritiek leidt tot een toename van depressieve symptomen (Kopala-Sibley, Zuroff, Hankin & Abela, 2015) en vice versa (Chui, Zilcha-Mano, Dinger, Barrett & Barber, 2016; Joeng & Turner, 2015). Daarnaast speelt zelfkritiek een belangrijke rol bij de ontwikkeling en instandhouding van sociale angststoornissen (Boersma, Hakanson, Salomonsson & Johansson, 2015; Mandel et al., 2015; Shahar et al., 2015b).

Zelfkritiek zou volgens Zuroff en Fitzpatrick (1995) samenhangen met een angstig-vermijdende hechtingsstijl. Mensen met een hoge mate van zelfkritiek hebben vaak een traumatische achtergrond waarin ze zich niet veilig en gekalmeerd voelden. Daardoor hebben ze niet geleerd om zichzelf gerust te stellen bij dreiging (Gilbert en Proctor, 2006). Wanneer er liefhebbende zorg wordt geboden en het kind zich goed hecht aan de verzorgers kunnen gevoelens van kalmte, veiligheid en verbondenheid zich ontwikkelen. Wanneer een kind onveilig is gehecht ervaart het anderen meer als een bron van dreiging. Doordat het systeem gericht op kalmte niet kon rijpen is er tevens een grote gevoeligheid voor dreiging (Gilbert & Proctor, 2006). Onderzoek laat zien dat mensen met een hoge mate van zelfkritiek, in vergelijking met mensen die zichzelf kunnen geruststellen, een grotere kans hebben op het ontwikkelen van psychopathologie, zoals bijvoorbeeld een sociale angststoornis of symptomen van een depressie (Cox, Fleet, & Stein, 2004; Gilbert, Baldwin, Irons, Baccus, & Palmer, 2006).

Zelfkritiek blijkt een moeilijk te veranderen en te behandelen fenomeen (Boersma et al., 2015). Met name bij mensen met een hoge mate van zelfkritiek, die kampen met angst- en depressieve klachten, schiet het standaard psychologische of medicamenteuze behandel aanbod tekort (Blatt et al., 1995; Boersma et al., 2015; Bulmash et al., 2009; Rector,

Bagby, Segal, Joffe & Levitt, 2000 Shahar et al., 2015a). Uit observaties komt naar voren dat mensen met een hoge mate van zelfkritiek de logica achter CGT wel snappen, en geen moeite hebben met het formuleren van helpende gedachten, maar zich door deze benadering weinig gerustgesteld *voelen* (Gilbert, 2009). Dit fenomeen wordt in de literatuur ook wel een cognitieve emotionele mismatch genoemd (Lucre & Corton, 2013). Omdat naar voren komt dat mensen met een hoge mate van zelfkritiek, moeite hebben om zich veilig te voelen, zichzelf te kalmeren of tot rust te komen en zich te ontspannen (Gilbert, 2009), zou de behandeling zich hier meer op kunnen richten.

1.3 Zelfcompassie

Recent onderzoek suggereert dat zelfcompassie een remedie tegen zelfkritiek is (Shahar et al., 2015a). Tevens zijn er aanwijzingen dat zelfcompassie als beschermende factor werkt tegen emotionele problemen zoals depressie (Raes, 2011). Kelly, Zuroff en Shapira (2009) suggereren dat wanneer het vermogen tot zelfgeruststelling wordt verbeterd dit zal leiden tot een afname van zelfkritiek en depressie.

Er zijn verschillende definities om compassie te omschrijven (Kirby, 2016). Neff (2003) omschrijft zelfcompassie bijvoorbeeld als volgt: dat iemand vriendelijk en begripvol op zichzelf reageert bij falen, dat falen wordt gezien als een onderdeel van het menselijk bestaan en dat iemand mindful reageert op pijnlijke gedachten en gevoelens. Gilbert (2014) gebruikt een definitie die gebaseerd is op het boeddhisme en beschrijft dit als een gevoeligheid voor het opmerken van lijden bij jezelf en bij anderen, en de bereidheid om dit te willen verlichten of voorkomen. Gilberts (2014) visie op compassie hangt samen met hechtingstheorieën en is gebaseerd op evolutionaire, motivationele en emotionele systemen in ons brein. Volgens Gilbert (2014) zijn er drie emotieregulatiesystemen. Ten eerste is er een systeem gericht op bescherming bij dreiging waar gevoelens als angst, boosheid en walging bij horen. Dit systeem is gelinkt aan het sympathische zenuwstelsel en is actief bij zelfkritiek (Neff, 2016). Zelfkritiek lijkt het dreigingssysteem in het brein te stimuleren (Longe et al., 2010). Ten tweede is er een jaagsysteem wat gerelateerd wordt aan gevoelens als gedrevenheid en opwindning. Ten slotte is er een systeem gericht op kalmering wat geactiveerd wordt wanneer de overige systemen tot rust zijn gekomen. Gevoelens van tevredenheid, verbondenheid en veiligheid worden hiermee geassocieerd. Dit systeem is gelinkt aan het parasympathische zenuwstelsel en is actief bij zelfcompassie (Neff, 2016). Bij mensen waarbij het gevoel van verbondenheid niet goed is ontwikkeld of waarbij de ouders als dreigend werden ervaren, zijn beperkingen in de regulatie van het dreigings- en jaagsysteem (Gilbert, 2014). Wanneer er

aandacht is voor de ontwikkeling van gevoelens van verbondenheid naar jezelf of naar anderen, kan dit als gevolg hebben dat iemand beter leert om te gaan met dreiging (Gilbert, 2014). Het ontwikkelen van compassie kan ervoor zorgen dat het kalmeringssysteem wordt gestimuleerd, waardoor er een betere balans ontstaat tussen de drie emotiereguleratiesystemen (Leaviss & Uttley, 2015). De ontwikkeling van zelfcompassie kan helpen om gevoelens van veiligheid en kalmering te vergroten en om gevoelens van dreiging te verminderen, daarnaast kan het leiden tot een afname van zelfkritiek, depressieve en angstklachten (Braehler et al., 2013; Gilbert & Proctor, 2006). Des te hoger de mate van zelfcompassie is, des te lager symptomen van angst en depressie zijn (MacBeth & Gumley, 2012) en vice versa (Krieger, Altenstein, Baettig, Doerig & Holtforth, 2013; Werner et al., 2012).

1.4 Compassion Focused Therapy

Gilbert (2014) heeft de Compassion Focused Therapy (CFT) ontwikkeld voor mensen met een hoge mate van zelfkritiek en schaamte die bijvoorbeeld onvoldoende baat hadden bij CGT (Leaviss & Uttley, 2015) en kan worden gezien als een transdiagnostische behandeling. Het uitgangspunt is dat men met zelfvriendelijkheid en compassie leert te reageren op zelfkritische gedachten waardoor het psychologisch welzijn wordt vergroot (Leaviss & Uttley, 2015). Er worden oefeningen gedaan die het kalmeringssysteem activeren zoals ademhalings- en mindfulness oefeningen (Gilbert, 2014). Er is daarbij aandacht voor compassie die men voelt voor anderen, compassie die men voelt van anderen naar zichzelf en compassie die men voelt voor zichzelf (Gilbert, 2014). Volgens Gilbert (2014) zijn veel therapieën slechts gericht op het reduceren van het dreigingssysteem. CFT onderscheidt zich van andere therapieën omdat het focust op de evolutionaire behoefte van mensen aan verbondenheid, en omdat het zich richt op het ontwikkelen van competenties en systemen in het brein die gerelateerd zijn aan dreiging, welzijn en pro-sociaal gedrag (Gilbert, 2014). Uit een systematische review naar de psychotherapeutische voordelen van CFT komt naar voren dat het een veelbelovende interventie is (Leaviss & Uttley, 2015). CFT kan leiden tot een afname van klachten als depressie, angst en zelfkritiek en tot een toename van zelfgeruststellende gedachten en zelfcompassie (Boersma, Hakanson, Salomonsson & Johansson, 2015; Gilbert & Proctor, 2006; Judge, Clegghorn, McEwan & Gilbert, 2012; Leaviss & Uttley, 2015). Er is echter weinig bekend over het werkingsmechanisme van het effect van CFT (Kirby, 2016; Leaviss & Uttley, 2015). Geen enkele studie die was meegenomen in een review van Leaviss en Uttley (2015) had bijvoorbeeld onderzocht of effecten van de cursus op de uitkomstmaten werden gemedieerd door veranderingen in zelfkritiek en zelfcompassie. Het is belangrijk om dit te

onderzoeken zodat inzichtelijk wordt wat de ontwikkeling van compassie kan toevoegen aan bestaande interventies zoals CGT (Leaviss & Uttley, 2015). Verder zijn er aanwijzingen dat mensen met een hogere mate van zelfkritiek een grotere verbetering van klachten laten zien dan mensen met een lagere mate van zelfkritiek (Leaviss & Uttley, 2015). Er is daarom meer onderzoek nodig om inzichtelijk te krijgen of er specifieke groepen zijn die meer baat hebben bij CFT dan andere deelnemers. Ten slotte zijn er weinig gerandomiseerde en gecontroleerde interventiestudies (RCT) te vinden naar de effecten van een laagdrempelige CFT interventie bij een niet-klinische populatie met lichte angst- en depressieve klachten. Wanneer deze interventie voor deze doelgroep effectief blijkt, zou het mogelijk kunnen worden aangeboden aan mensen die zelfkritisch zijn, om verergering van angst- en depressieve klachten te voorkomen.

1.5 Doel van het onderzoek en onderzoeksvragen

Hulsbergen en Bohlmeijer (2015) hebben de zelfhulp cursus ‘Compassie als sleutel tot geluk, voorbij stress en zelfkritiek’ ontwikkeld die gebaseerd is op CFT. Het doel van dit onderzoek is, om door middel van een RCT, te bestuderen of de cursus effectief is in het verbeteren van lichte tot matige angst- en depressieve klachten, zelfkritiek en zelfcompassie bij een niet-klinische populatie. Daarnaast wordt onderzocht of de effecten van de cursus op angst- en depressieve klachten worden gemedieerd door veranderingen in zelfkritiek en zelfcompassie. Ten slotte wordt onderzocht of de effecten op angst- en depressieve klachten worden gemodereerd door zelfkritiek en zelfcompassie. Daarbij worden de volgende hypothesen getoetst:

1. Angst- en depressieve klachten en de mate van zelfkritiek zijn zes maanden na baseline meer verbeterd bij de experimentele groep dan bij de wachtlijstgroep. In vergelijking met de wachtlijstgroep is de mate van zelfcompassie zes maanden na baseline hoger bij de experimentele groep.
2. De effecten van de cursus op angst- en depressieve klachten worden gemedieerd door veranderingen in zelfkritiek en zelfcompassie.
3. Deelnemers met een hoge mate van zelfkritiek en een lage mate van zelfcompassie hebben meer baat bij de cursus dan deelnemers met een lage mate van zelfkritiek of een hoge mate van zelfcompassie.

2. Methode

2.1 Design

Het design van het onderzoek is een RCT met twee condities: een experimentele conditie en een wachtlijst controle conditie. De studie duurde in totaal twaalf maanden waarin er vier meetmomenten waren. De deelnemers vulden voorafgaand aan het onderzoek de T0 vragenlijst in (baseline) en de nametingen vonden drie (T1) zes (T2) en twaalf (T3) maanden na baseline plaats. In deze studie worden de resultaten van T0 en T2 geanalyseerd en worden de resultaten van T1 gebruikt voor de mediatie analyses. De deelnemers in de experimentele conditie ontvingen de cursus na het invullen van de baselinemeting (T0) en de deelnemers in de controle conditie ontvingen de cursus na het invullen van de T2 meting (na zes maanden).

2.2 Participanten en procedure

Werving en screening

De werving van participanten vond plaats op basis van convenience sampling door middel van advertenties in de Volkskrant en Trouw. De advertentietekst luidde als volgt: “Heb je behoefte aan meer plezier en ontspanning in je leven? Maar zitten stress en zelfkritiek in de weg? Doe mee met een onderzoek naar een nieuwe gratis zelfcompassietraining”. Via de aanmeldwebsite (utwente.nl/zelfcompassie) kwamen geïnteresseerde deelnemers bij een onlinescreening terecht. Op deze website werd tevens informatie gegeven over het onderzoek en over de aanmeldingsprocedure. In het aanmeldformulier gaf men toestemming om deel te nemen aan het onderzoek. Deelnemers vulden verder een aantal screeningsvragen in waarna duidelijk werd of men tot de beoogde doelgroep behoorde.

Inclusiecriteria waren: een leeftijd van achttien jaar of ouder; in het bezit zijn van een e-mailadres, een computer of tablet/iPAD en een internetverbinding; het voldoende beheersen van de Nederlandse taal om de vragenlijsten in te kunnen vullen en om de cursus zelfstandig te kunnen doorlopen. De data die in dit onderzoek werd gebruikt is afkomstig van een studie naar welbevinden. In het kader van dat onderzoek werden deelnemers met een laag tot matig welbevinden geïncludeerd. Exclusiecriteria waren: een score > 11 op de angst en/of depressieschaal van de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Mensen met een score > 11 werden geadviseerd om hulp te zoeken en contact op te nemen met de huisarts. Tevens werden deelnemers met een hoge mate van welbevinden geëxcludeerd. De mate van welbevinden werd bepaald door middel van de Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF).

Na het aanmelden werd binnen vijf dagen via e-mail het bericht gegeven of men aan het onderzoek kon deelnemen. Na de aanmeldings- en screeningsfase vond de randomisatie plaats. Deelnemers werden via e-mail op de hoogte gebracht of zij in de experimentele of in de controle groep zaten.

Participanten

Er hebben 243 deelnemers meegedaan aan het onderzoek, maar als gevolg van missende data tijdens de follow-up (T2) zijn 41 deelnemers niet meegenomen in de analyses. Van de resterende 202 deelnemers zaten er 98 in de experimentele groep en 104 in de controlegroep. De leeftijd varieerde van 20 tot en met 78 jaar en de gemiddelde leeftijd was 53 jaar ($SD = 9.8$). Het merendeel van de deelnemers bestond uit vrouwen (75.2%) en hoger opgeleiden (87.6%) en allen hadden de Nederlandse nationaliteit. In Tabel 1 is te zien wat de socio-demografische kenmerken van de deelnemers zijn.

Tabel 1

Socio-demografische kenmerken van de deelnemers (N=202)

Demografische gegevens	Cursus (n = 98)		Wachtlijst (n = 104)		Totaal (N = 202)	
Geslacht, n (%)						
Man	18	18.4	32	30.8	50	24.8
Vrouw	80	81.6	72	69.2	152	75.2
Leeftijd <i>M (SD)</i>	52.3	(9.6)	53.3	(10.1)	53	(9.8)
Burgerlijke staat, n (%)						
Getrouwd	48	49	60	57.7	108	53.5
Gescheiden	23	23.5	16	15.4	39	19.3
Weduwe/weduwnaar	4	4.1	2	1.9	6	3
Nooit getrouwd	23	23.5	26	25	49	24.3
Woonsituatie, n (%)						
Alleen	28	28.6	25	24	53	26.2
Samenwonend met partner en kinderen	25	25.5	25	24	50	24.8
Samenwonend met partner	35	35.7	46	44	81	40
Alleen met kinderen	9	9.2	7	6.7	16	7.9
Met anderen	1	1	1	1	2	1
Hoogst afgeronde opleiding, n (%)						
VMBO/3 jaar HAVO of VWO	4	4.1	-	-	4	2
MBO	8	8.2	4	3.8	12	5.9

HAVO/VWO	4	4.1	5	4.8	9	4.5
HBO	45	45.9	47	45.2	92	45.5
WO	37	37.8	48	46.2	85	42.1
Nationaliteit, n (%)						
Nederlands	98	100	104	100	202	100

2.3 Steekproefgrootte

Om de benodigde steekproefgrootte te berekenen werd G*power 3.1.9.2 gebruikt. Er werd uitgegaan van een power van 80%, een tweezijdig significantieniveau van 0.05 en een correlatie van 0.5 tussen de meetmomenten. Om een klein tijd x groep interactie-effect ($f = 0.10$) te detecteren in een repeated measures ANOVA met twee groepen en drie meetmomenten (T0 t/m T2), waren in totaal 164 deelnemers nodig (82 per groep). Er werd een drop-out van 20% verwacht. Daarom werd er naar gestreefd om ten minste 206 deelnemers te werven (103 per groep).

2.4 Interventie

Deelnemers in de experimentele groep ontvingen een week na randomisatie het zelfhulpboek ‘Compassie als sleutel tot geluk, voorbij stress en zelfkritiek’. Deze zelfhulpcursus bestond uit zeven lessen die in zeven weken kon worden doorlopen. Iedere week werd een nieuw hoofdstuk behandeld waarin een bepaald thema centraal stond. De hoofdstukken die behandeld werden waren als volgt: (1) Chronische stress en het belang van compassie, (2) Er is niets mis met je, (3) Van zelfkritiek naar zelfvriendelijkheid, (4) Hulpbronnen voor zelfvriendelijkheid, (5) Compassie voor jeugdervaringen, (6) Situaties die bijdragen aan chronische stress aanpakken, (7) Compassie voor andere mensen. Elke les begon met informatie over een onderdeel van compassie, waarna verschillende oefeningen konden worden gedaan om het vermogen tot zelfcompassie stapsgewijs te vergroten. De oefeningen die werden gedaan bestonden uit schrijven en reflecteren en uit meditatie-, visualisatie-, en ervaringsoefeningen. Aan de hand van de informatie en de oefeningen werden vaardigheden ontwikkeld om bijvoorbeeld meer balans te krijgen in de verschillende emotiesystemen zodat iemand beter in staat is om zichzelf veilig te voelen en te kalmeren. Deelnemers in de experimentele groep ontvingen ondersteuning bij de cursus door middel van wekelijks e-mailcontact met een begeleider. De begeleiders waren afgestudeerde psychologen en psychologen in opleiding onder supervisie van een gz-psycholoog. Doelen van de begeleiding waren dat er werd ingegaan op problemen die speelden tijdens het lezen of het maken van de

opdrachten en dat het uiten van compassie positief werd bekrachtigd. Een ander belangrijk doel van de begeleiding was om de adherentie te verhogen en de kans op drop-out te verlagen. Deelnemers uit de controleconditie ontvingen het boek na een half jaar zonder e-mailbegeleiding.

2.5 Meetinstrumenten

Angst- en depressieve klachten

Angst en depressieve klachten werden gemeten door middel van de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmonde & Snaith, 1983). De HADS bestaat uit twee subschalen, een schaal voor depressieve klachten (bijv. 'Ik heb het gevoel dat alles moeizaam gaat') en een schaal voor angstklachten (bijv. 'Ik maak me ongerust') die beide uit zeven items bestaan. De antwoordschaal bestaat uit een 4-puntsschaal van 0-3. De range van de scores loopt van 0-21 per schaal. Een score tussen 0 en 7 sluit een depressieve- of angststoornis uit. Een score van 8-10 wijst op een mogelijke depressieve- of angststoornis en een score van 11-21 is indicatief voor een vermoedelijke depressieve- of angststoornis. De HADS heeft goede psychometrische kwaliteiten (Spinhoven, Ormel, Sloekers & Kempen, 1997). In dit onderzoek was de interne consistentie van de depressieschaal voldoende met $\alpha = .71$ (T0) en $\alpha = .82$ (T2). Dit geldt ook voor de angstschaal met $\alpha = .70$ (T0) en $\alpha = .80$ (T2).

Zelfkritiek en zelfcompassie

Zelfkritiek werd gemeten door middel van de subschaal 'inadequate zelf' van de Forms of Self Criticising/Attacking and Self-Reassuring Scale (FSCRS) (Gilbert et al., 2004) die uit negen items bestaat. Deze subschaal meet gevoelens van minderwaardigheid en het gevoel inadequaat te zijn (bijv. 'Ik ben snel teleurgesteld in mezelf') (Gilbert, et al., 2004).

Zelfcompassie werd eveneens gemeten met de FSCRS door middel van de subschaal 'zelfgeruststelling' en bestaat uit acht items. Een voorbeeld van een item is 'Ik ben mild en moedig mezelf aan'. De antwoordschaal van de vragenlijst loopt van 0-5 (0 = helemaal niet zoals ik, 5 = in hoge mate zoals ik). De FSCRS is een veelgebruikte vragenlijst in het onderzoek naar CFT (Gilbert & Proctor, 2006; Judge et al. 2012; Lucre & Corton, 2013) en de psychometrische kwaliteit ervan is goed (Baião, Gilbert, McEwan & Carvalho, 2015; Castilho, Pinto-Gouveia & Duarte, 2015). Cronbach's Alpha was in dit onderzoek .84 (T0) en .89 (T2) voor zelfkritiek en .80 (T0) en .87 (T2) voor zelfcompassie en was voldoende.

Demografische variabelen

Demografische kenmerken werden door middel van zes items in kaart gebracht. Er werd gevraagd naar geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, woonsituatie, hoogst afgeronde opleiding en nationaliteit.

2.6 Analyses

Er werd gebruik gemaakt van SPSS (Statistical Program for Social Sciences) versie 22 om de analyses uit te voeren. ‘Little’s Missing Complete At Random’ (MCAR) werd uitgevoerd om te toetsen of missende waarden bij de T2-meting door toeval ontbraken. Volgens deze test was dat het geval ($\chi^2(48, 24) = 63.07, p = .071$). Er werden 41 deelnemers uit de data verwijderd die de T2 meting niet hadden ingevuld.

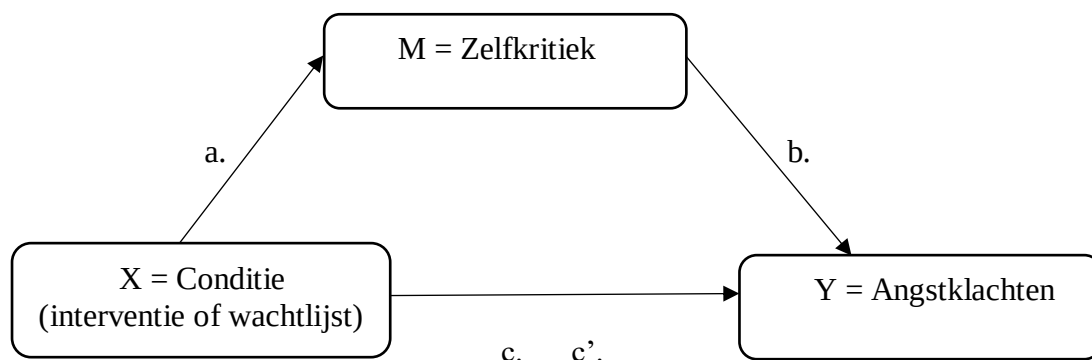
Door middel van beschrijvende statistiek werden de gemiddelden en standaarddeviaties van de vragenlijsten berekend en werden demografische gegevens in kaart gebracht. Om te toetsen of de verschillende schalen voldoende intern consistent waren, werd gebruik gemaakt van de betrouwbaarheidsmaat Cronbach’s Alpha. Waarden tussen de .70 en .80 werden als voldoende beoordeeld en wat daarboven valt als goed (Evers, Lucassen, Meijer & Sijsma, 2010). De onafhankelijke t-toets en de chikwadraattoets werden gebruikt om te testen of de baselinekenmerken (T0) van de participanten in beide groepen van elkaar verschilden.

Een Mixed- ANOVA (groep x tijd) werd gebruikt om te testen of de interventiegroep op T2 een significante verbetering liet zien op de vragenlijsten (HADS en FSCRS) ten opzichte van de controlegroep (hypothese 1). Per uitkomstmaat werd Cohen’s *d* berekend door: het gemiddelde van de experimentele groep (T2) van het gemiddelde van de controle groep (T2) af te trekken en dit vervolgens te delen door de gepoolde standaarddeviaties middels de volgende formule: $\sqrt{[(s_{12} + s_{22}) / 2]}$. Waarden van *d* tussen de 0.20 en 0.49 werden gezien als een klein effect, waarden tussen de 0.50 en 0.79 werden geïnterpreteerd als een middelgroot effect en waarden van *d* 0.80 en hoger werden als een groot effect gezien (Cohen, 1992).

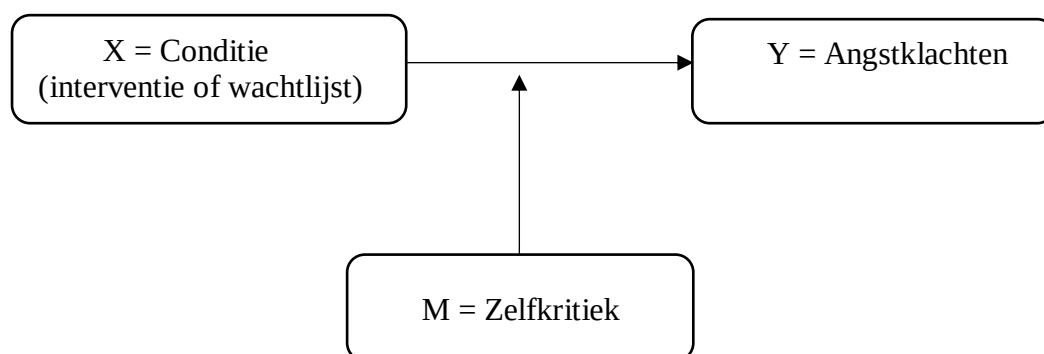
De PROCESS plug-in voor SPSS van A. Hayes werd gebruikt om de mediatie- en moderatie analyses uit te voeren. In de mediatie analyses werd getoetst of veranderingen in zelfkritiek en/of zelfcompassie tussen T0 en T1 (M) een mediërend effect hadden op de mate van angst- of depressieve klachten op T2 (Y) (hypothese 2). De onafhankelijke variabele X was de conditie (1 = interventie, 0 = controlegroep). Er werd gebruik gemaakt van enkelvoudige mediatie modellen waarbij telkens één mediator werd meegenomen in de analyse. In Figuur 1 is een voorbeeld te zien waar de verwachting is dat X (de conditie) een

voorspeller is van Y (c), in dit voorbeeld angstklachten, dat X een voorspeller is van M (a), in dit voorbeeld zelfkritiek, dat X en M samen een voorspeller zijn van Y (b) en dat X, wanneer M wordt onderdrukt, geen voorspeller is van Y (c').

Tijdens de moderatie analyses werd getoetst of de interventie effecten op angst- of depressieve klachten werden gemodereerd door baseline scores op zelfkritiek en zelfcompassie (hypothese 3). Er werd gebruik gemaakt van enkelvoudige moderatie analyses, waarbij telkens één moderator werd meegenomen in de analyse. De T2 meting van angst- of depressieve klachten was de uitkomst variabele Y, de onafhankelijke variabele X was de conditie, M was de T0 meting van zelfkritiek of zelfcompassie en de covariaat was de T0 meting van angst- of depressieve klachten. In Figuur 2 is een voorbeeld te zien waar zelfkritiek (M) de modererende variabele is, waar angstklachten (Y) de afhankelijke variabele is en waar X de conditie is. In onderstaande figuren worden angstklachten en zelfkritiek als voorbeelden genoemd, de modellen zien er hetzelfde uit bij depressieve klachten en zelfcompassie.



Figuur 1. Mediatie model



Figuur 2. Moderatie model

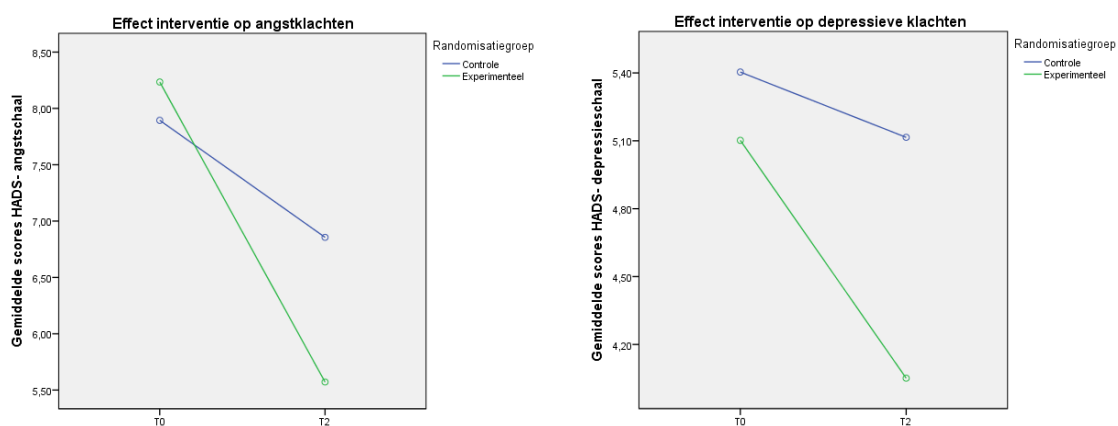
3. Resultaten

3.1 Baselinekenmerken

Uit de chikwadraattoets en de onafhankelijke t-toetsen kwam naar voren dat er geen baseline verschillen waren wat betreft leeftijd ($t(200) = .56, p = .576$), burgerlijke staat ($\chi^2(3, 202) = 3.27, p = .353$), woonsituatie ($\chi^2(4, 202) = 1.74, p = .784$) of opleidingsniveau ($\chi^2(4, 202) = 6.74, p = .15$). Wel bleek er een significant verschil te zijn op basis van geslacht tussen de condities; in de controlegroep waren meer mannen aanwezig dan in de experimentele groep ($\chi^2(1, 202) = 4.17, p = .041$). Verder kwam uit de onafhankelijke t-toetsen naar voren dat er geen significante verschillen waren tussen de interventie- en de wachtlijstgroep wat betreft de mate van angstklachten ($t(200) = -.81, p = .421$), depressieve klachten ($t(200) = .70, p = .488$), zelfkritiek ($t(200) = -.28, p = .777$) en zelfcompassie ($t(200) = .51, p = .613$).

3.2 Effecten van de cursus

De resultaten van de Mixed Anova laten zien dat angst- en depressieve klachten en de mate van zelfkritiek significant afnamen en dat de mate van zelfcompassie significant toenam bij beide condities tussen T0 en T2 (zie Tabel 2). Daarnaast blijkt uit de analyses dat er een significant interactie effect was tussen tijd en conditie. Tussen T0 en T2 verbeterde de interventiegroep op alle uitkomstmaten meer dan de controlegroep (zie Figuur 3). De effectgroottes op angstklachten, depressieve klachten en zelfcompassie waren klein ($d = .34 - .44$), terwijl er een middelgroot effect werd geobserveerd op zelfkritiek ($d = .53$) (zie Tabel 2).



Figuur 3. Effect van de cursus op angst- en depressieve klachten tussen T0 en T2.

Tabel 2

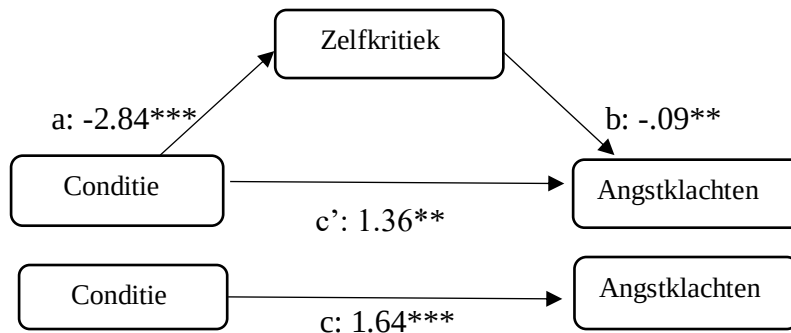
Scores op de uitkomsten, resultaten van de Mixed ANOVA en effectgroottes.

Uitkomst	Groep	Score				ANOVA: <i>F</i>			Cohen's <i>d</i>
		T0		T2		Tijd	Groep	T x G	
HADS-A	Cursus	8.23	(2.94)	5.57	(2.97)	72.18 *	1.46	66.60*	.43
	WL	7.89	(3.05)	6.86	(3.66)				
HADS-D	Cursus	5.10	(2.95)	4.05	(3.32)	35.63 *	2.26	11.55 *	.34
	WL	5.40	(3.21)	5.11	(3.74)				
FSCRS-IS	Cursus	18.70	(7.29)	12.70	(6.47)	78.74 *	3.56	20.12 *	.53
	WL	18.42	(6.81)	16.45	(8.32)				
FSCRS-RS	Cursus	16.01	(5.04)	20.04	(5.32)	63.34*	2.09	15.29*	.44
	WL	16.38	(5.19)	17.75	(5.67)				

Noot. FSCRS-IS = Forms of Self Criticising/Attacking and Self-Reassuring Scale – Inadequate Self; FSCRS-RS = Forms of Self Criticising/Attacking and Self-Reassuring Scale – Reassuring Self; HADS-A = Hospital Anxiety and Depression Scale, angstschaal; HADS-D = Hospital Anxiety and Depression Scale, depressieschaal; T x G = Tijd x Groep; WL = wachtlijst. * $p < .001$

3.3 Mediërend effect van zelfkritiek op angst- en depressieve klachten

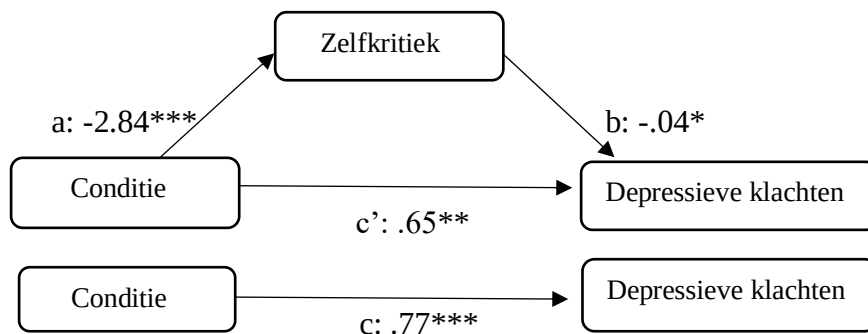
De mediatie analyses laten zien dat er significante relaties zijn tussen de conditie en de mate van angstklachten (c: $b = 1.64$, $t(196) = 3.69$, $p < .001$) en tussen de conditie en de mate van zelfkritiek (a: $b = -2.84$, $t(196) = 3.37$, $p < .001$). Dit komt overeen met de eerder gevonden effecten van de cursus op deze uitkomstmaten. Daarnaast zijn er significante relaties tussen de mate van zelfkritiek en de mate van angstklachten (b: $b = -.09$, $t(195) = -2.63$, $p = .009$). Wanneer er gecontroleerd wordt voor het indirecte effect van zelfkritiek op angstklachten, heeft de conditie een significant maar kleiner effect op de mate van angstklachten (c': $b = 1.36$, $t(195) = 3.03$, $p = .003$) (zie Figuur 4). Uit de Sobel-test kwam naar voren dat het mediatie-effect significant was ($Z = 2.02$, $p = .043$). Dit betekent dat de gevonden relaties niet op toeval berusten en dat het effect van de interventie op de mate van angstklachten gedeeltelijk wordt gemedieerd door veranderingen in de mate van zelfkritiek gedurende de interventie.



Figuur 4. Mediërend effect van zelfkritiek op angstklachten.

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

De mediatie analyses laten verder zien dat er significante relaties zijn tussen de conditie en de mate van depressieve klachten ($c: b = .77, t(196) = 3.37, p < .001$), tussen de conditie en de mate van zelfkritiek ($a: b = -2.84, t(196) = -3.37, p < .001$) en tussen de mate van zelfkritiek en de mate van depressieve klachten ($b: b = -.04, t(195) = -2.18, p = .03$). Wanneer er wordt gecontroleerd voor het indirecte effect van zelfkritiek op depressieve klachten heeft de conditie een significant doch kleiner effect ($c': b = .65, t(195) = 2.84, p = .005$) (zie Figuur 5). De Sobel-test laat zien dat het mediatie-effect niet significant was ($Z = 1.77, p = .076$). Dit betekent dat het effect van de interventie op de mate van depressieve klachten niet wordt gemedieerd door veranderingen in de mate van zelfkritiek gedurende de interventie.



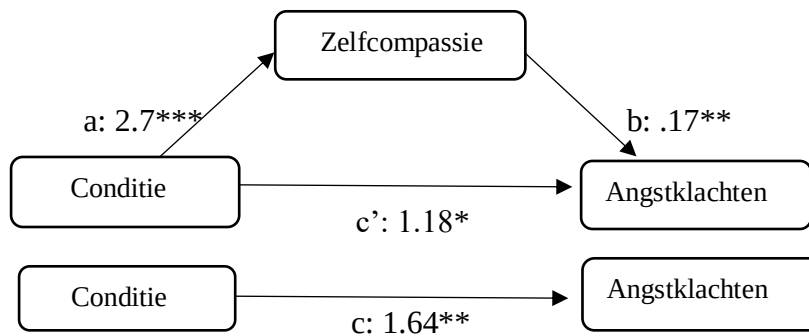
Figuur 5. Mediërend effect van zelfkritiek op depressieve klachten.

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

3.4 Mediërend effect van zelfcompassie op angst- en depressieve klachten

De resultaten van de mediatie analyses met betrekking tot zelfcompassie laten zien dat er significante relaties bestaan tussen de conditie en de mate van angst ($c: b = 1.64, t(196) = 3.69, p < .001$), tussen de conditie en de mate van zelfcompassie ($a: b = 2.7, t(196) = 4.76, p < .001$) en tussen de mate van zelfcompassie en de mate van angst ($b: b = .17, t(195) = 3.11, p$

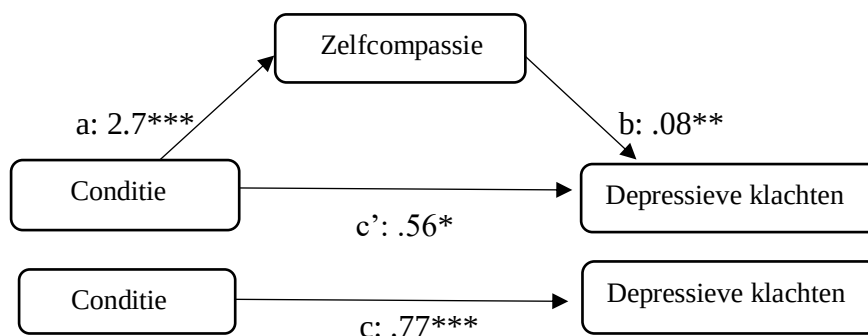
= .002). Wanneer er wordt gecontroleerd voor het indirecte effect van zelfcompassie op angstklachten heeft de conditie een significant maar kleiner effect (c' : $b = 1.18$, $t(195) = 2.57$, $p = .011$) (zie Figuur 6). Uit de Sobel-test blijkt dat het mediatie-effect significant is ($Z = 2.57$, $p = .01$). Dit betekent dat het effect van de interventie op de mate van angstklachten gedeeltelijk wordt gemedieerd door veranderingen in de mate van zelfcompassie gedurende de interventie.



Figuur 6. Mediërend effect van zelfcompassie op angstklachten.

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

Verder komt uit de mediatie analyses naar voren dat er significante relaties zijn tussen de conditie en de mate van depressieve klachten (c : $b = .77$, $t(196) = 3.37$, $p < .001$) en tussen de conditie en de mate van zelfcompassie (a : $b = 2.7$, $t(196) = 4.76$, $p < .001$). Daarnaast werd een significante relatie tussen de mate van zelfcompassie en de mate van depressieve klachten gevonden (b : $b = .08$, $t(195) = 2.65$, $p = .008$). Wanneer er wordt gecontroleerd voor het indirecte effect van zelfcompassie op depressieve klachten, heeft de conditie een kleiner maar nog steeds significant effect (c' : $b = .56$, $t(195) = 2.39$, $p = .018$) (zie Figuur 7). Uit de Sobel-test blijkt dat het mediatie-effect significant is ($Z = 2.28$, $p = .023$). Dit betekent dat het effect van de interventie op de mate van depressieve klachten gedeeltelijk wordt gemedieerd door veranderingen in de mate van zelfcompassie gedurende de interventie.



Figuur 7. Mediërend effect van zelfcompassie op depressieve klachten.

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

3.5 Modererend effect van zelfkritiek op angst- en depressieve klachten

Wat betreft angstklachten is de verklaarde variantie van het model significant, 32% van de variantie in angstklachten kon worden verklaard door het model ($R^2 = 0.32$, $F(4,197) = 21.91$, $p < .001$). De conditie blijkt een significante voorspeller voor de mate van angstklachten ($b_2 = -1.48$, $t = -3.67$, $p < .001$), wat eerdere conclusies over de effecten van de interventie doet bevestigen. Echter blijkt zelfkritiek geen significante voorspeller te zijn in het model ($b_1 = -.02$, $t = -.47$, $p = .642$). Er is geen sprake van een significante interactie ($b = 112$, $t = -1.83$, $p = .069$) tussen de conditie en de mate van zelfkritiek. Wat betreft depressieve klachten is de verklaarde variantie van het model wederom significant ($R^2 = 0.81$, $F(4,197) = 168.81$, $p < .001$). De mate van zelfkritiek blijkt een significante voorspeller voor de mate van depressieve klachten ($b_1 = -.04$, $t = -.245$, $p = .015$) en ook de conditie blijkt een significante voorspeller te zijn voor de mate van depressieve klachten ($b_2 = -.74$, $t = -3.28$, $p < .001$). Er is echter geen sprake van een significante interactie tussen de conditie en de mate van zelfkritiek ($b = -.03$, $t = -.99$, $p = 3.23$). Dit betekent dat de mate van zelfkritiek op T0 geen modererend effect heeft op de mate van angst- of depressieve klachten op T2.

3.6 Modererend effect van zelfcompassie op angst- en depressieve klachten

De verklaarde variantie van het model, wat betreft de mate van angstklachten, is significant ($R^2 = .31$, $F(4,197) = 21.52$, $p < .001$). De conditie is een significante voorspeller voor de mate van angstklachten ($b_2 = -1.48$, $t = -3.64$, $p < .001$), maar zelfcompassie is geen significante voorspeller in het model ($b_1 = .02$, $t = .45$, $p = .654$). Er is geen sprake van een significante interactie tussen de conditie en de mate van zelfcompassie ($b = .05$, $t = .65$, $p = .519$). Wat betreft depressieve klachten is de verklaarde variantie van het model wederom significant ($R^2 = .81$, $F(4,197) = 170.58$, $p < .001$). Tevens blijkt dat zowel de conditie ($b_2 = -.73$, $t = -3.23$, $p < .001$) als de mate van zelfcompassie ($b_1 = .05$, $t = 2.22$, $p = .028$) significante voorspellers zijn voor de mate van depressieve klachten. Er is echter geen sprake van een significante interactie tussen de conditie en de mate van zelfcompassie ($b = .01$, $t = .30$, $p = .763$). Dit betekent dat de mate van zelfcompassie op T0 geen modererend effect heeft op de mate van angst- of depressieve klachten op T2.

4. Discussie

Deze studie is uitgevoerd om te onderzoeken of de zelfhulpcursus ‘Compassie als sleutel tot geluk, voorbij stress en zelfkritiek’ effectief is in het verbeteren van angst- en depressieve klachten, zelfkritiek en zelfcompassie. Eveneens werd onderzocht of de effecten van de cursus, met betrekking tot angst- en depressieve klachten, werden gemedieerd door veranderingen in de mate van zelfkritiek en zelfcompassie gedurende de interventie om meer inzicht te verkrijgen in mogelijke werkingsmechanismen van CFT. Daarnaast werd door middel van moderatie analyses onderzocht of de mate van zelfkritiek en zelfcompassie bij baseline, van invloed zou zijn op de mate van angst- en depressieve klachten, om zo meer inzicht te krijgen in welke groepen meer of minder baat hebben bij CFT.

De resultaten laten zien dat de cursus effectief is in het verminderen van zowel depressieve- en angstklachten als de mate van zelfkritiek alsook in het verhogen van de mate van zelfcompassie. Vergeleken met een wachtlijstcontrolegroep verbeterden deelnemers in de interventiegroep significant meer op alle uitkomstmaten. Daarnaast komt uit deze studie naar voren dat angstklachten afnamen via de verbetering van zelfkritiek en zelfcompassie gedurende de cursus, en dat depressieve klachten afnamen doordat de mate van zelfcompassie tijdens de cursus toenam. Ten slotte laten de resultaten van deze studie zien dat mensen met een hoge mate van zelfkritiek of een lage mate van zelfcompassie, niet meer baat hebben bij deze cursus dan deelnemers met een lage mate van zelfkritiek of een hoge mate van zelfcompassie.

De hypothese dat de effecten op de uitkomstmaten zes maanden na de baselinemeting significant meer zouden verbeteren bij deelnemers in de experimentele groep dan bij deelnemers in de wachtlijstgroep, wordt aangenomen. Dat CFT kan leiden tot een verlaging van depressieve- en angstklachten en zelfkritiek en tot een verhoging van zelfcompassie, komt overeen met de onderzoeken van Boersma et al. (2015), Gilbert en Proctor (2006), Judge et al. (2012) en Leaviss en Uttley (2015). Wanneer er naar de effecten van CFT bij een niet-klinische populatie wordt gekeken komen deze resultaten overeen met de studie van Shapira en Mongrain (2010), waarin een verlaging van depressieve klachten werd gevonden, en met de studie van McEwan en Gilbert (2016). Het onderzoek van McEwan en Gilbert (2016) betrof een online zelfhulpcursus waarin de focus lag op de ontwikkeling van zelfcompassie door middel van verbeeldings- en schrijf oefeningen. De resultaten van dat onderzoek lieten zien dat de mate van zelfcompassie toenam en dat mensen beter in staat waren zichzelf gerust

te stellen, daarnaast kwam naar voren dat angst- en depressieve klachten en de mate van zelfkritiek afnamen.

De effectgroottes in deze studie waren klein tot middelmatig ($d = .34 - .53$). De studie van Kirby, Tellegen en Steindl (geciteerd in Kirby, 2016) naar op compassie gebaseerde interventies bij klinische populaties, vond de volgende effectgroottes: zelfcompassie $d = .69$; depressie $d = .66$ en angst $d = .55$. Een mogelijke verklaring voor dit verschil is dat er in de studie van Kirby et al. (geciteerd in Kirby, 2016) naar de effecten op de korte termijn is gekeken, terwijl in de huidige studie de effecten na een half jaar zijn geanalyseerd waardoor het effect wellicht afzwakte. Een andere reden is dat het in de huidige studie een niet-klinische populatie betrof met lichte angst- en depressieve klachten waardoor de effecten mogelijk kleiner zijn. Wellicht dat er bij een klinische populatie meer ruimte voor verbetering is. Daarnaast zijn interventies bij klinische populaties uitgebreider, hebben meer diepgang en zijn meestal onder begeleiding van een therapeut, wat mogelijk andere resultaten geeft (Leaviss & Uttley, 2015).

In deze studie werd een groter effect gevonden voor angstklachten dan voor depressieve klachten. Een mogelijke reden hiervoor is dat angstklachten bij baseline hoger waren dan depressieve klachten en er daardoor meer ruimte voor verbetering was. Een andere verklaring is dat angstklachten afnamen via de verbetering van zowel de mate van zelfkritiek als de mate van zelfcompassie. De depressieve klachten verbeterden in deze studie alleen via een toename van de mate van zelfcompassie. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de oefeningen in het zelfhulpboek wellicht meer bijdroegen aan de afname van angstklachten.

Omdat werd verwacht dat de effecten van de cursus op depressieve- en angstklachten werden gemedieerd door veranderingen in zowel zelfkritiek als zelfcompassie, wordt deze hypothese gedeeltelijk verworpen. In de literatuur over de relatie tussen zelfkritiek en angstklachten bij klinische populaties, werd gevonden dat zelfkritiek met name een grote rol speelt bij mensen met een sociale angststoornis (Werner et al., 2012), en dat zelfkritiek kan leiden tot de ontwikkeling en instandhouding van sociale angstklachten (Shahar et al., 2015b). Hierdoor werd verwacht dat een afname van zelfkritiek zou leiden tot een afname van angstklachten. Er werd echter geen literatuur gevonden over de mediërende rol van zelfkritiek met betrekking tot angstklachten. Voor zover bekend is dit de eerste studie die dit heeft onderzocht. De meeste literatuur over zelfkritiek en stemmingsstoornissen heeft betrekking op depressieve klachten. Uit de studies van Chui et al. (2016) en Joeng en Turner (2015) kwam bijvoorbeeld naar voren dat wanneer de mate van zelfkritiek afnam, eveneens de mate van depressieve klachten afnam, waardoor werd verwacht dat de depressieve klachten werden

gemedieerd door veranderingen in zelfkritiek. In deze studie bleek dat niet het geval, de depressieve klachten namen alleen af vanwege een toename van de mate van zelfcompassie. De mate van zelfkritiek geeft hier wellicht een verklaring voor. Uit de studie van Kelly et al. (2009) bleek dat depressieve klachten significant meer afnamen bij mensen met een hoge mate van zelfkritiek in vergelijking met mensen met een lage mate van zelfkritiek. Volgens Gilbert et al. (2004) is met name een hoge mate van zelfkritiek, waarbij er sprake is van zelfhaat, pathologisch. In klinische populaties wordt dan ook een hogere mate van zelfkritiek gevonden dan in niet-klinische populaties (Baião et al., 2015). Het is aannemelijk dat het mechanisme met betrekking tot zelfkritiek, anders werkt bij mensen met een lage mate van zelfkritiek.

Verder kwam naar voren dat het effect van de cursus op de mate van angst- en depressieve klachten, gedeeltelijk werd gemedieerd door veranderingen in de mate van zelfcompassie. Dit werd verwacht omdat uit de literatuur met betrekking tot klinische populaties blijkt, dat des te hoger de mate van zelfcompassie is, des te lager de symptomen van angst en depressie zijn (MacBeth & Gumley, 2012). Judge et al. (2012) suggereerden dat mensen beter in staat waren zichzelf te kalmeren vanwege het ontwikkelen van compassie-vaardigheden. Gilbert et al. (2004) vonden dat wanneer mensen beter in staat zijn zichzelf gerust te stellen, dit geassocieerd werd met lagere scores op depressie. Uit een review van Leaviss en Uttley (2015) bleek dat geen van de studies naar CFT hadden onderzocht of het effect van de interventie op de uitkomstmaten, werd gemedieerd door veranderingen in de mate van zelfcompassie gedurende de interventie. Deze studie is voor zover bekend de eerste studie die dit aantoonst.

Ten slotte werd verwacht dat het effect van de interventie op angst- en depressieve klachten werd gemodereerd door een hoge mate van zelfkritiek of een lage mate van zelfcompassie. Deze hypothese wordt verworpen. Deze resultaten komen niet overeen met andere studies. Kelly et al. (2009, 2010) vonden aanwijzingen dat mensen met een hoge mate van zelfkritiek voorafgaand aan de CFT interventie, een grotere reductie van klachten lieten zien dan mensen met een lage mate van zelfkritiek. Een mogelijke verklaring voor het verschil in resultaten is de populatie. De gemiddelde leeftijd lag in beide studies tussen de 22 en 25 jaar, en de doelgroep waren mensen met huidklachten en rokers. Daarnaast werd verwacht dat mensen met een lage mate van zelfcompassie meer baat bij de cursus zouden hebben dan andere deelnemers. Wellicht dat een klinische populatie andere resultaten geeft. De literatuur over mensen met een lage mate van zelfcompassie heeft voornamelijk betrekking op mensen met hechtingsproblematiek (Gilbert & Proctor, 2006; Irons, Gilbert,

Baldwin, Baccus & Palmer, 2006) en angst- en depressieve stoornissen (Krieger et al., 2013; Werner et al., 2012). Het is aannemelijk dat de ontwikkeling van het vermogen tot zelfgeruststelling en zelfcompassie anders werkt bij een klinische populatie met bijvoorbeeld hechtingsproblematiek en dat dit een ander effect heeft op angst- en depressieve klachten.

4.1 Sterktes en beperkingen van de studie

Dit onderzoek kent een aantal sterke punten. Als eerste dat onderzocht is of veranderingen in angst- en depressieve klachten werden gemedieerd door veranderingen in zelfcompassie. Uit een review van Leaviss en Uttley (2015) kwam naar voren dat niet eerder onderzocht is of compassie een mediërende factor is in het effect van CFT. Verder is het een sterkte dat er naar aanleiding van deze studie meer bekend is over de mediërende rol van zelfkritiek met betrekking tot angstklachten. Voor zover bekend is dit de eerste studie die dit heeft onderzocht. Een andere sterkte die kan worden genoemd is dat onderzocht is of mensen met een lage mate van zelfcompassie meer baat hadden bij de training dan andere deelnemers, voor zover bekend is dit eveneens niet eerder onderzocht. Verder is een sterkte van dit onderzoek dat er gebruik is gemaakt van een RCT en dat de steekproef relatief groot was. Volgens Leaviss en Uttley (2015) is er behoefte aan grootschalige kwalitatief sterke onderzoeken voordat CFT als evidence based kan worden aangemerkt. Een andere sterkte van de huidige studie is dat de uitkomsten van de vragenlijsten na een half jaar zijn onderzocht. Kirby et al. (geciteerd in Kirby, 2016) bevelen aan om meer onderzoek te doen naar de effecten van compassie interventies na een half jaar of een jaar. Het is belangrijk dat de lange termijn effecten van CFT interventies in kaart worden gebracht. Omdat naar voren komt dat zelfkritiek een risicofactor is voor de ontwikkeling van depressieve klachten bij een niet-klinische populatie (Shapira & Mongrain, 2010), en in verband wordt gebracht met de ontwikkeling en de instandhouding van depressieve en angststoornissen (Blatt & Zuroff, 1992; Dunkley et al., 2009; Gilbert & Proctor, 2006; Kannan & Levitt, 2013; Mandel et al., 2015; Shahar et al., 2015b), is het belangrijk om te kunnen bepalen of zelfcompassie op de lange termijn als beschermende factor werkt.

Dit onderzoek kent eveneens een aantal beperkingen. De data die gebruikt is voor deze studie, is afkomstig van een groter onderzoek naar welbevinden. Daarom zijn mensen met een score van > 11 op de HADS geëxcludeerd waardoor er geen mensen met ernstige angst- en depressieve klachten hebben meegedaan aan dit onderzoek. De uitkomsten van deze studie kunnen daarom niet gegeneraliseerd worden naar klinische populaties. Het is tevens een

zwakte dat de steekproef nu voornamelijk uit Nederlandse hoogopgeleide vrouwen bestond, dit geeft geen representatieve afspiegeling van de populatie.

4.2 Vervolgonderzoek

Vervolgonderzoek zal uitwijzen of de effecten van de studie wat betreft angst- en depressieve klachten en zelfkritiek na een jaar of nog langer nog steeds aanwezig zijn. Zelfkritiek speelt een belangrijke rol bij de ontwikkeling en de instandhouding van depressieve en angststoornissen (Blatt & Zuroff, 1992; Dunkley et al., 2009; Gilbert & Proctor, 2006; Kannan & Levitt, 2013; Mandel et al., 2015; Shahar et al., 2015b), waardoor het goed mogelijk is dat klachten na een tijd weer terugkomen. Zelfcompassie blijkt een beschermende factor te zijn tegen de ontwikkeling van psychopathologie, zowel bij volwassenen als bij jongeren (Barnard & Curry, 2011; Muris, 2016). Een follow-up studie kan daarom uitwijzen of de ontwikkeling en beoefening van zelfcompassie kan voorkomen dat klachten op de lange termijn verergeren. Wanneer de resultaten na een jaar uitwijzen dat klachten niet verergerd zijn, zou CFT mogelijk ter preventie kunnen worden ingezet. Er kunnen dan bijvoorbeeld meer laagdrempelige CFT interventies worden aangeboden op scholen of op het werk (Kirby, 2016). Ten tweede kan onderzocht worden wat de effecten van de zelfhulp cursus zijn bij mensen met een hogere mate van angst- en depressieve klachten. Mogelijk is de interventie ook effectief bij een klinische populatie. Als blijkt dat dit het geval is kan deze zelfhulp cursus ter aanvulling worden ingezet bij het reguliere aanbod van angst- en depressieve stoornissen. Ten slotte zou het interessant zijn om te bestuderen of deze CFT-zelfhulp cursus ook effectief is bij mensen met andere vormen van psychopathologie. Zelfkritiek blijkt bij vele stoornissen een onderliggend mechanisme van psychopathologie te zijn zoals bijvoorbeeld bij posttraumatische stressstoornissen, schizofrenie en borderline (Shahar et al., 2015a).

4.3 Conclusie

De resultaten van deze studie wijzen uit dat de zelfhulp cursus ‘Compassie als sleutel tot geluk, voorbij stress en zelfkritiek’ effectief is in het verbeteren van angst- en depressieve klachten, zelfkritiek en zelfcompassie bij een niet-klinische populatie. Daarnaast biedt deze studie meer inzicht in het werkingsmechanisme van CFT. Vervolgonderzoek kan uitwijzen of de cursus kan worden ingezet bij mensen die zelfkritisch zijn, om verergering van angst- en depressieve klachten te voorkomen. De bevindingen van deze studie dragen bij aan het groeiende bewijs dat CFT een effectieve interventie is.

Referenties

- Baardseth, T.P., Goldberg, S.B., Pace, B.T., Wislocki, A.P., Frost, N.D., Siddiqui, J.R., Lindemann, A.M., Kivlighan, D.M., Laska, K.M., Del Re, A.C., Minami, T., & Wampold, B.E. (2013). Cognitive-behavioral therapy versus other therapies: Redux. *Clinical Psychology Review*, 33(3), 395-405.
- 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), 438-52.
- van Balkom, A.L.J.M., van Vliet, I.M., Emmelkamp, P.M.G., Bockting, C.L.H., Spijker, J., Hermens, M.L.M., & Meeuwissen, J.A.C. (2013). *Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (Derde revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Barnard, L.K., & Curry, J.F. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review Of General Psychology*, 15(4), 289–303.
- 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)90070-O
- Blatt, S.J., Quinlan, D.M., Pilkonis, P.A., & Shea, T. (1995). Impact of perfectionism and need for approval on the brief treatment for depression: The National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program revisited. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(1), 25-132.
- Boersma, K., Hakanson, A., Salomonsson, E., & Johansson, I. (2015). Compassion Focused Therapy to Counteract Shame, Self-Criticism and Isolation. A Replicated Single Case Experimental Study for Individuals With Social Anxiety. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 45(2), 89 –98. doi:10.1007/s10879-014-9286-8
- Braehler, C., Gumley, A., Harper, J., Wallace, S., Norrie, J., & Gilbert, P. (2013). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: Results of a feasibility randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(2), 199-214. DOI:10.1111/bjc.12009
- Bulmash, E., Harkness, K.L., Stewart, J.G., & Bagby, R.M. (2009). Personality, Stressful Life Events, and Treatment Response in Major Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(6), 1067-1077. DOI: 10.1037/a0017149
- 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
- Chui, H., Zilcha-Mano, S., Dinger, U., Barrett, M.S., & Barber, J.P. (2016). Dependency and self-criticism in treatments for depression. *Journal of Counseling Psychology*, 63(4), 452–459. <http://dx.doi.org/10.1037/cou0000142>
- Cohen, J. (1992). "A power primer." *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159.
- Cox, B.J., Fleet, C., & Stein, M.B. (2004). Self-criticism and social phobia in the US National Comorbidity Survey. *Journal of Affective Disorders*, 82(2), 227–234. doi:10.1016/j.jad.2003.12.012
- Dunkley, D.M., Zuroff, D.C., & Blankstein, K.R. (2003). Self-critical perfectionism and daily affect: Dispositional and situational influences on stress and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(1), 234–252. DOI: 10.1037/0022-3514.84.1.234
- Dunkley, D.M., Sanislow, C.A., Grilo, C.M., & McGlashan, T.H. (2009). Self-criticism versus neuroticism in predicting depression and psychosocial impairment for 4 years in a clinical sample. *Comprehensive Psychiatry*, 50(4), 335–346. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.09.004>
- Evers, A., Lucassen, W., Meijer, R., & Sijtsma, K. (2010). COTAN Beoordelingssysteem voor de kwaliteit van tests [Document]. Geraadpleegd op <http://www.psynip.nl/website-openbaar-documenten-nip-algemeen/beoordelingssysteem.pdf>
- Fava, M. (2003). Diagnosis and definition of treatment-resistant depression. *Biological Psychiatry*, 53(8), 649–659. [http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223\(03\)00231-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223(03)00231-2)
- Gellatly, R., & Beck, A.T. (2016). Catastrophic Thinking: A Transdiagnostic Process Across Psychiatric Disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 40(4), 441–452. DOI: 10.1007/s10608-016-9763-3
- 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(1), 31–50.
- 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.507
- 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*, 20(2), Special Issue: Positive psychology. 183–200.
- Gilbert, P. (2009). Introducing Compassion Focused Therapy. *Advances in Psychiatric*

- Treatment*, 15(3), 199–208. doi: 10.1192/apt.bp.107.005264
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6–41. DOI:10.1111/bjc.12043
- van Heycop ten Ham, B., Hulsbergen, M., & Bohlmeijer, E. (2014). *Transdiagnostische factoren. Theorie en praktijk*. Amsterdam: Boom
- Hulsbergen, M., & Bohlmeijer, E. (2015). *Compassie als sleutel tot geluk. Voorbij stress en zelfkritiek*. Amsterdam: Boom
- Irons, C., Gilbert, P., Baldwin, M.W., Baccus, J.R., & Palmer, M. (2006). Parental recall, attachment relating and self-attacking/self-reassurance: Their relationship with depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 297–308. DOI:10.1348/014466505X68230
- Joeng, J.R., & Turner, S.L. (2015). Mediators Between Self-Criticism and Depression: Fear of Compassion, Self-Compassion, and Importance to Others. *Journal of Counseling Psychology*, 62(3), 453–463. <http://dx.doi.org/10.1037/cou0000071>.
- Johnsen, T.J., & Friberg, O. (2015). The Effects of Cognitive Behavioral Therapy as an Anti-Depressive Treatment is Falling: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 141(4), 747–768. <http://dx.doi.org/10.1037/bul0000015>
- Judge, L., Cleghorn, A., McEwan, K., & Gilbert, P. (2012). An exploration of group-based compassion focused therapy for a heterogeneous range of clients presenting to a community mental health team. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(4), 420–429. doi: 10.1521/ijct.2012.5.4.420
- Kannan, D., & Levitt, H.M. (2013). A Review of Client Self-Criticism in Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(2), 166–178. DOI: 10.1037/a0032355
- Kelly, A.C., Zuroff, D.C., & Shapira, L.B. (2009). Soothing Oneself and Resisting Self-Attacks: The Treatment of Two Intrapersonal Deficits in Depression Vulnerability. *Cognitive Therapy and Research*, 33(3), 301–313. DOI 10.1007/s10608-008-9202-1
- Kelly, A.C., Zuroff, D.C., Foa, C.L., & Gilbert, P. (2010). Who Benefits from Training in Self-Compassionate Self-Regulation? A Study of Smoking Reduction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(7), 727–755.
- Kirby, J.N. (2016). Compassion interventions: The programmes, the evidence, and implications for research and practice. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. DOI:10.1111/papt.12104
- Kopala-Sibley, D.C., Zuroff, D.C., Hankin, B.L., & Abela, J.R. (2015). The Development of Self-Criticism and Dependency in Early Adolescence and Their Role in the Development of Depressive and Anxiety Symptoms. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 41(8),

- 1094–1109. DOI: 10.1177/0146167215590985
- Krieger, T., Altenstein, D., Baettig, I., Doerig, N., & Holtforth, M.G. (2013). Self-Compassion in Depression: Associations With Depressive Symptoms, Rumination, and Avoidance in Depressed Outpatients. *Behavior Therapy*, 44(3), 501-513. <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2013.04.004>
- Leaviss, J., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological Medicine*, 45(5), 927-945.
- Loerinc, A.G., Meuret, A.E., Twohig, M.P., Rosenfield, D., Bluett, E.J., & Craske, M.G. (2015). Response rates for CBT for anxiety disorders: Need for standardized criteria. *Clinical Psychology Review*, 42, 72-82. doi:10.1016/j.cpr.2015.08.004
- Longe, O., Maratos, F.A., Gilbert, P., Evans, G., Volker, F., Rockliffe, H., & Rippon, G. (2010). Having a word with yourself: Neural correlates of self-criticism and self-reassurance. *NeuroImage*, 49(2), 1849–1856. doi:10.1016/j.neuroimage.2009.09.019
- Lucre, K.M., & Corton, N. (2013). An exploration of group compassion-focused therapy for personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 86(4), 387-400.
- Luty, S.E., Carter, J.D., McKenzie, J.M., Rae, A.M., Frampton, C.M.A., Mulder, R.T., Joyce, P.R. (2007). Randomised controlled trial of interpersonal psychotherapy and cognitive-behavioural therapy for depression. *The British Journal of Psychiatry*, 190, 496-502. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.106.024729>
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 545-552. doi:10.1016/j.cpr.2012.06.003
- Mandel, T., Dunkley, D.M., & Moroz, M. (2015). Self-Critical Perfectionism and Depressive and Anxious Symptoms Over 4 Years: The Mediating Role of Daily Stress Reactivity. *Journal of Counseling Psychology* 62,(4), 703–71. <http://dx.doi.org/10.1037/cou0000101>
- McEwan, K., & Gilbert, P. (2016). A pilot feasibility study exploring the practising of compassionate imagery exercises in a nonclinical population. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 89, 239–243. DOI:10.1111/papt.12078
- Muris, P. (2016). A Protective Factor Against Mental Health Problems in Youths? A Critical Note on the Assessment of Self-Compassion. *Journal of Child and Family Studies*, 25(5), 1461–1465. DOI: 10.1007/s10826-015-0315-3
- Neff, K.D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85–101. DOI: 10.1080/15298860390129863

- Neff, K.D. (2016). The Self-Compassion Scale is a Valid and Theoretically Coherent Measure of Self-Compassion. *Mindfulness*, 7(1), 264–274. DOI 10.1007/s12671-015-0479-3
- Nolen - Hoeksema, S., & Watkins, E.R. (2011). A Heuristic for Developing Transdiagnostic Models of Psychopathology: Explaining Multifinality and Divergent Trajectories. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 589 –609. DOI: 10.1177/1745691611419672 20116:589
- Nuijen, J., ten Have, M., Tuithof, M., van Dorsselaer, S., van Bon-Martens, M., & de Graaf, R. (2014). *Trendrapportage GGZ Themarapport. Geen gebruik van professionele zorg bij stemmings- en angststoornissen: zorgelijk of niet? Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2)*. Verkregen via Stichting Trimbos Instituut website: <https://assets.trimbos.nl/docs/6355518c-b7a3-4594-901b-d05d7251ed59.pdf>
- Paulus, D.J., Vanwoerden, S., Norton, P.J., & Sharp, C. (2016). From neuroticism to anxiety: Examining unique contributions of three transdiagnostic vulnerability factors. *Personality and Individual Differences*, 94, 38-43. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2016.01.012>
- Raes, F. (2011). The Effect of Self-Compassion on the Development of Depression Symptoms in a Non-clinical Sample. *Mindfulness*, 2, 33–36. DOI 10.1007/s12671-011-0040-y
- Rector, N.A., Bagby, R.M., Segal, Z.V., Joffe, R.T., & Levitt, A. (2000). Self-criticism and dependency in depressed patients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 571–584. doi:10.1023/A:1005566112869
- Shahar, B., Szepsenwol, O., Zilcha-Mano, S., Haim, N., Zamir, O., Levi-Yeshuvi, S., & Levit-Binnun, N. (2015a). A wait-list randomized controlled trial of loving-kindness meditation programme for self-criticism. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(4), 346-356. DOI: 10.1002/cpp.1893
- Shahar, B., Doron, G., & Szepsenwol, O. (2015b). Childhood Maltreatment, Shame-Proneness and Self-Criticism in Social Anxiety Disorder: A Sequential Mediation Model. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 22(6), 570–579. DOI: 10.1002/cpp.1918
- Shapira, L.B., & Mongrain, M. (2010). The benefits of self-compassion and optimism exercises for individuals vulnerable to depression. *The Journal of Positive Psychology*, 5(5), 377-389. DOI: 10.1080/17439760.2010.516763
- Spijker, J., Bockting, C.L.H., Meeuwissen, J.A.C., van Vliet, I.M., Emmelkamp, P.M.G., Hermens, M.L.M., & Balkom, A.L.J.M. (2013). *Multidisciplinaire richtlijn Depressie (Derde revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassenen*

patiënten met een depressieve stoornis. Utrecht: Trimbos-instituut.

Spinhoven, P.H., Ormel, J., Sloekers, P.P.A., & Kempen, G.I.J.M. (1997). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychological Medicine*, 27(2), 363-370.

Veerbeek, M., Knispel, A., & Nuijen, J. (2015). *GGZ in tabellen 2013-2014*. Verkregen via Stichting Trimbos Instituut website: <https://assets.trimbos.nl/docs/cfe358cd-59cc-4033-ac68-50711f835768.pdf>

Werner, K., Jazaieri, H., Goldin, P., Ziv, M., Heimberg, R., & Gross, J. J. (2012). Self compassion and social anxiety disorder. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 25(5), 543–558. <http://dx.doi.org/10.1080/10615806.2011.608842>

Watkins, E. (2015). An alternative transdiagnostic mechanistic approach to affective disorders illustrated with research from clinical psychology. *Emotion Review*, 7(3), 250-255. Doi:10.1177/1754073915575400

Zuroff, D.K., & Fitzpatrick, D.C. (1995). Depressive personality styles: Implications for adult attachment. *Personality and Individual Differences*, 18(2), 253-365. [http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)00136-G](http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869(94)00136-G)

Zigmonde, A.S., & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361–70.