

Effecten van de zelfhulpcursus ‘compassie als sleutel tot geluk’ op depressieklachten: de mediërende rollen van zelfkritiek en zelfcompassie



Mojdeh Shayesteh S1615491

Master Thesis

Begeleiders: mw. M. P. J. Sommers-Spijkerman, mw. Dr. M. Schotanus-Dijkstra & de heer. Prof. Dr. E.T. Bohlmeijer

Samenvatting

Achtergrond: Depressie is een serieus gezondheidsprobleem vanwege de invloed die het heeft op de verminderde kwaliteit van leven bij mensen. Zelfkritiek speelt een belangrijke rol bij de ontwikkeling en instandhouding van depressie. Zelfcompassie blijkt een beschermende factor te zijn tegen depressie, doordat het zelfkritiek tegengaat. Het doel van dit onderzoek was het in kaart brengen van de effecten van een zelfhulpcursus gebaseerd op Compassion Focused Therapy (CFT) op depressieklachten, zelfkritiek en zelfcompassie in een niet-klinische Nederlandse populatie. Daarnaast is de mediërende rol van zelfkritiek en zelfcompassie onderzocht.

Methode: Het design van dit onderzoek was een gerandomiseerde gecontroleerde trial (RCT) met een experimentele conditie (n= 97) en een wachtlijstgroep als controleconditie (n=101). Er waren drie meetmomenten: de nulmeting, een nameting na drie maanden en een follow-up na drie maanden. Dus de resultaten van de respondenten is na zes maanden onderzocht. Depressieklachten werden gemeten met de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Zelfkritiek en zelfcompassie werden gemeten met de Forms of Self Criticising/Attacking and Self-Reassuring Scale (FSCRS).

Resultaten: De experimentele conditie verbeterde in een periode van zes maanden significant meer op alle uitkomstmaten dan de controleconditie. De mediatie-analyses lieten zien dat het effect van de compassiegerichte zelfhulpcursus op depressieklachten gemedieerd werd door veranderingen in zelfkritiek en zelfcompassie.

Conclusie: Deze bevindingen komen overeen met eerdere onderzoeken, hoewel eerdere onderzoeken voornamelijk zijn gericht op de effectiviteit van CFT of Compassion Mind Therapy (CMT) als een psychotherapeutisch behandeling in een klinische populatie. Er zijn echter weinig onderzoeken gedaan naar een (begeleide) zelfhulpcursus als een compassiegerichte interventie bij een niet klinische-populatie, zoals bij dit onderzoek het geval was. Ondanks de beperkingen die ook dit onderzoek kende wordt aanbevolen om dit onderzoek te herhalen bij voorkeur bij gelijk benaderd demografische kenmerken bij andere doelgroepen, zoals bij mensen in een klinische populatie, omdat eerdere onderzoeken naar compassiegerichte interventies bij mensen in een klinische populatie ook positieve effecten lieten zien.

Abstract

Background: Depression is a serious mental health problem because depression causes a reduced quality of life in humans. Self-criticism plays an important role in developing and perpetuating depression. Self-compassion, however, appears to protect against depression by countering the effects self-criticism. The aim of this study is to evaluate the extent to which self-guided help based on compassion focused therapy (CFT) can help combat symptoms of depression and bring the concepts of self-criticism and self-compassion to the non-clinical Dutch population. The mediating role played by self-criticism and self-compassion is also analysed.

Method: The design of the study used a randomized control type (RCT) with one experimental condition (n = 97) and a waiting list as control (n = 101). Three assessments were made: the baseline, a 3-months post-assessment, and a 3-month follow-up. The study lasted a period of 6 months. Levels of depression were evaluated using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and self-criticism and self-compassion were measured using the Forms of Self Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale (FSCRS).

Results: The experimental condition improved between the baseline and the 3-month follow-up significantly more on all the results when compared to the control. Further mediation analysis showed that the effect of compassionate intervention on depression symptoms was mediated by changes in self-criticism and self-compassion.

Conclusion: These findings are consistent with previous studies, although these studies focused primarily on the effectiveness of CFT and Compassion Mind Therapy (CMT) as a psychotherapeutic treatment in a clinical population. However, little research has been done into the (guided) form of a self-help course as a compassionate intervention in a non-clinical population. In spite of the limitations that this research encountered, it is recommended to conduct further research into the (guided) self-help course as a compassionate intervention, preferably on equally, approached demographic characteristics in other target groups, such as people in a clinical population; earlier studies on compassion-targeted interventions in people in a clinical population have also shown positive effects.

1 Inleiding

Depressie is een serieus gezondheidsprobleem. Een op de tien Nederlanders kampte in 2012 met een depressie (Verweij & Houben-van Herten, 2013). De prevalentie van subklinische depressieklachten is daarentegen niet geheel duidelijk. Uit de huisartsenregistraties van 2007 blijkt dat 22 op de 1000 mannen en 45 op de 1000 vrouwen dat jaar last hadden van depressieklachten (Van Weel-Baumgarten et al., 2012). De verwachting is dat de huidige prevalentie van depressie en van subklinische depressieklachten veel hoger ligt, omdat in 2014 ruim een miljoen Nederlanders hebben aangegeven dat ze depressieklachten hebben of in het afgelopen jaar hebben gehad (CBS, 2016). Depressie neemt ook wereldwijd toe: in 2030 zal depressie tot de top drie van aandoeningen met de grootste ziektelast behoren (Mathers & Loncar, 2006).

Mensen met depressie hebben een negatieve mentale representatie van zichzelf, de toekomst en de wereld. Zij vertonen cognitieve biases; vertekende (negatieve) denkpatronen (Luyten, Blatt & Fonagy, 2013). Dikwijls bestaan deze negatieve denkpatronen uit zelfkritische gedachten, wat kan leiden tot onder andere minderwaardigheidsgevoelens en schaamte (Cheung, Gilbert & Irons, 2004). Depressie speelt een aanzienlijke rol in de verminderde kwaliteit van leven die deze mensen ervaren. Mensen met depressie hebben vaak last van lichamelijke klachten en stress. Daarnaast hebben zij een verhoogd risico om een suïcidepoging te doen (Yang et al., 2015). Mogelijk bemoeilijkt depressie ook de maatschappelijke participatie en positie. De maatschappelijke gevolgen van depressie zijn onder andere hoog ziekteverzuim en zorgverbruik (Verweij en Houben-van Herten, 2013).

Over depressie en de behandeling ervan is al veel bekend. Toch kampt 34 procent van de Nederlandse bevolking met depressie of depressieklachten, omdat zij geen gebruik maken van professionele hulp (NEMESIS-2 in Nuijen et al, 2014). Mensen die professionele hulp krijgen, worden volgens de richtlijnen voor de behandeling van depressie voornamelijk behandeld met cognitieve gedragstherapie (CGT), interpersoonlijke therapie (IPT) of medicatie. Deze behandelingen zijn in de richtlijnen opgenomen, omdat ze in vergelijking met geen behandeling of andersoortige behandelingen het beste zijn gebleken (Korrelboom & ten Broeke, 2016). Desalniettemin zijn er aanwijzingen dat ook deze psychotherapieën onvolmaaktheden kennen (Kazdin, 2015). Uit onderzoek van Willemse en Trijsburg (2005) komt naar voren dat CGT en IPT even effectief zijn voor de behandeling van depressie, maar met de kritische kanttekening dat geen van beiden tot behandelingspecifieke effecten leiden. Een recentere meta-analyse van Johnsen en Friborg (2015) toont aan dat het effect van CGT rudimentair is en dat de effectiviteit van CGT met de jaren afneemt.

1.2 Compassion Focused Therapy

Een nieuw veelbelovende behandeling is Compassion Focused Therapy (CFT). Deze therapie is twintig jaar geleden ontwikkeld door Paul Gilbert (2009). Het lijkt erop dat de transdiagnostische benadering van CFT effectief is in de vermindering van verschillende vormen van psychopathologie, waaronder depressie (Kirby, 2016). Met transdiagnostische benadering wordt bedoeld dat depressie net als alle andere psychische problemen een onderliggend mechanisme kent, de zogenaamde transdiagnostische processen (van Heycop ten Ham, Hulsbergen & Bohlmeijer, 2014). Volgens Gilbert (2014) zijn zelfkritiek en

schaamte twee transdiagnostische processen die een grote rol spelen bij de ontwikkeling en in standhouding van depressie (Gilbert & Proctor, 2006).

Om depressie te verminderen is (zelf)compassie naar jezelf toe nodig om op zelfkritiek te reageren (Gilbert, 2014). Er zijn verschillende definities van (zelf)compassie. Volgens Gilbert (2014) omvat compassie motivationele, emotionele, gedragsmatige en cognitieve competenties, enerzijds om lijden en behoeften van onszelf en anderen op te merken, anderzijds om te reageren met vriendelijkheid, zorg en hulp om dit lijden te verminderen. Volgens Neff (2011) is compassie het opmerken van lijden bij anderen en onszelf, met de wens om het lijden te verlichten. Gilberts (2014) visie op compassie is vooral gebaseerd op evolutionaire, motivationele en emotionele systemen in ons brein. Hij geeft aan dat compassie aangeleerd kan worden. Tijdens de CFT krijgen mensen inzicht in de wisselwerking van het brein (cognitieve processen), lichaam (biologische processen) en emoties (evolutionaire emoties) (Gilbert, 2010). Mensen leren dat de meeste cognitieve biases geconstrueerd zijn door de biologische processen, maar dat de genetische factoren en omgevingsfactoren ook een rol spelen. Om dit inzicht te laten ontstaan, wordt de nadruk gelegd op de drie emotiereguleratiesystemen en op ademhalings- en mindfulnessoefeningen (Gilbert, 2014). Deze drie basale emotiereguleratiesystemen zijn het beschermingssysteem, het jaagsysteem en het kalmeringssysteem (Gilbert, 2014).

Drie emotiereguleratiesystemen

Het beschermingssysteem is gericht op bescherming bij dreiging. Hierbij horen gevoelens als angst, boosheid en walging. Dit systeem is gerelateerd aan het sympathische zenuwstelsel en is actief bij zelfkritiek (Gilbert, 2014). Het jaagsysteem is verbonden met gevoelens van gedrevenheid en opwindning. Dit systeem is gericht op het beloningsysteem in het brein, om motivatie te vinden om te krijgen wat belangrijk is. Het is gerelateerd aan positieve gevoelens en aan het sympathische zenuwstelsel. Het kalmeringssysteem is verbonden met gevoelens van tevredenheid, verbondenheid en veiligheid. Dit systeem wordt geactiveerd wanneer de andere twee systemen tot rust gekomen zijn. In tegenstelling tot het beschermingssysteem is het kalmeringssysteem gerelateerd aan het parasympathische zenuwstelsel en is actief bij zelfcompassie (Neff, 2016).

Volgens Gilbert (2014) is het van belang dat mensen leren over de werkingsmechanismen van deze basale emotiereguleratiesystemen. Zo leren zij dat de ontwikkeling van compassie het kalmeringssysteem stimuleert, waardoor een betere balans kan ontstaan tussen de drie emotiereguleratiesystemen (Leaviss & Uttley, 2015). Door te focussen op compassie kunnen gevoelens van geruststelling, veiligheid en kalmering vergroot worden (Gilbert & Proctor, 2006). Deze gevoelens hebben invloed op het vermogen om cognitieve biases bewust op te merken en de automatische (cognitieve) gedachten te doorbreken. Daarnaast leren mensen om met compassie een andere betekenis te geven aan het leven door vriendelijk te zijn naar zichzelf en anderen in plaats van kritisch en veroordelend te zijn.

Volgens Gilbert (2014) onderscheid CFT zich van de conventionele therapieën. Andere therapieën zijn slechts gericht op vermindering van de dreiging bij het beschermingssysteem, terwijl CFT zich focust op het versterken van het kalmeringssysteem. Uit observaties bij de conventionele behandeling zoals CGT komt naar voren dat mensen die

een hoge mate zelfkritiek ervaren de logica achter CGT wel begrijpen en ook geen moeite hebben om helpende gedachten te formuleren, maar dat zij zich door deze benadering niet gerustgesteld voelen (Gilbert, 2009). Gilbert (2010) legt uit dat het versterken van het kalmeringssysteem middels zelfcompassie juist wel voor gevoelens van geruststelling kan zorgen. Uit meerdere onderzoeken komt naar voren dat compassiegerichtes interventies effectief zijn bij stemmingsstoornissen, voornamelijk bij mensen die in hoge mate zelfkritiek ervaren (Leaviss & Uttley, 2015; Hoffmann, Grossman & Hinton, 2011; Gilbert & Procter, 2006). Omwille van de groeiende aandacht voor compassie in het psychotherapeutische onderzoeksveld (Kirby, Tellegen & Steindl, 2015) is het interessant om te de effecten van compassiegerichtes interventies in kaart te brengen. Het lijkt erop dat CFT kan bijdragen aan het verminderen van depressie, maar over het werkingsmechanisme is minder bekend. Zelfkritiek is een mogelijke mechanisme bij mensen met depressie, omdat dit als een transdiagnostische proces bij depressie beschouwd kan worden. Het lijkt erop dat zelfcompassie de tegenhanger is van zelfkritiek (Shahar et al., 2015) en ook als een mogelijke mechanisme beschouwd kan worden.

1.3 (Zelf)compassie

Mensen kunnen op diverse manieren reageren op persoonlijk falen en of tegenslagen in het leven. De voornaamste manier is zelfbekritsering wat veel voorkomt bij mensen met een depressie. In paragraaf 1.4 wordt nader hierop ingegaan. Maar mensen kunnen er ook voor kiezen om met (zelf)compassie met problemen, persoonlijke falen en tegenslagen om te gaan. Zelfcompassie is dus een manier om op een zorgzame wijze om te gaan met zelfkritiek (Hermanto & Zuroff, 2016). Volgens Neff (2011) bestaat zelfcompassie uit drie componenten. Het eerste component is het vermogen om vriendelijk en begripvol te zijn voor jezelf in plaats van kritisch en veroordelend. Het tweede component is gedeelde menselijkheid. Dit is een universeel bewustzijn ten aanzien van menselijk lijden. Alle mensen op de wereld zijn kwetsbaar en imperfect, dus alle mensen kunnen lijden. Het derde component is mindfulness. Hierbij gaat het om op een niet-oordelende manier en met een zelfvriendelijke houding bewust te zijn van de eigen (negatieve) gevoelens, zodat deze gevoelens niet onderdrukt of verdreven worden.

Zelfcompassie is een vorm van intrapersonlijke communicatie waarbij mensen met een vriendelijke en geruststellende innerlijke stem met zichzelf communiceren in plaats van zelfkritisch en veroordelend te zijn. Hierbij worden gevoelens van veiligheid en warmte gecreëerd middels ondersteunende cognitieve schema's (Breines & Chen, 2013; Gilbert, 2014). Om deze reden kan zelfgeruststelling als een indicator voor zelfcompassie beschouwd worden. In veel studies wordt aangegeven dat zelfcompassie invloed heeft op de vermindering van zelfkritiek en depressie als het vermogen tot zelfgeruststelling toeneemt (Reas, 2011; Trompetter, de Kleine & Bohlmeijer, 2016; Kelly, Zuroff & Shapira, 2009; Leaviss & Uttley, 2015; MacBeth & Gumley, 2012; Gilbert & Procter, 2006; Braehler et al., 2013; Leary, Tate, Adams, Batts Allen & Hancock, 2007). Een gebrek aan zelfcompassie wordt geassocieerd met depressieve symptomen (Krieger, Berger & Holtforth, 2016). De mediërende rol van zelfcompassie op tegenslagen in het leven en persoonlijke falen komt in het onderzoek van Irons, Gilbert, Baldwin, Baccus en Palmer (2006) naar voren. Dit onderzoek geeft aan dat er sprake is van een significante relatie tussen de afwijzende houding van de ouders tijdens de

opvoeding en zelfkritiek bij tegenslagen. De ouderlijke warmte wordt geassocieerd met het vermogen tot zelfgeruststelling. Dit mediatie-onderzoek suggereert dus dat zelfcompassie gelinkt is aan de warme ouderlijke opvoedingsstijl als een significante buffer tegen depressie onafhankelijk van zelfkritiek of ouderlijke opvoedingsstijl omdat, mensen ondanks een negatieve ouderlijk opvoedingsstijl en zelfkritiek ook een compassievolle houding kunnen aanleren (Gilbert, 2014). Een ander onderzoek geeft aan dat zelfcompassie invloed heeft op depressie, mits negatieve emoties niet vermeden worden. Als mensen leren om met een vriendelijke houding hun negatieve emoties niet te vermijden, maar te accepteren en bewust te worden van onbewuste zelfkritische gedachten, dan kunnen zij de zelfkritische gedachten doorbreken en op een andere manier omgaan met persoonlijke falen en of tegenslagen in het leven (Gilbert, 2009; Diedrich et al., 2016).

1.4 Zelfkritiek

Mensen met een depressie hebben vaak last van zelfkritiek (Cheung, Gilbert & Irons, 2004), omdat zij als reactie op tegenslagen in het leven, problemen of persoonlijk falen zichzelf negatief evalueren. Dit kan leiden tot een negatief zelfbeeld, gevoelens van mislukking en hopeloosheid, wat uiteindelijk een (recidiverende) depressieve episode kan uitlokken (Blatt, 1995; Pyszczynski & Greenberg, 1987). Zelfkritiek is een voortdurende, harde en vijandige vorm van zelfevaluatie, waarbij de persoon zeer kritisch ten opzichte van zichzelf is, geen voldoening haalt uit succesvolle prestaties en voortdurend bezorgd is over de verwachtingen en de kritiek van anderen (Dunkley, Zuroff & Blankenstein, 2003). Dit kan ertoe leiden dat mensen hoge (onhaalbare) eisen aan zichzelf stellen. Volgens Gilbert en collega's (2004) bestaat zelfkritiek uit twee componenten, namelijk *zelf-inadequatie* en *zelfhaat*. De *zelf-inadequatie* staat voor gevoelens van tekortkoming en ontoereikendheid. Deze component wordt geassocieerd met de behoefte aan zelfverbetering en zelfcorrectie en is gerelateerd aan zelfkritiek. Hier kan ook een milde vorm van zelfkritiek onder vallen, bijvoorbeeld mensen die alles zo perfect mogelijk willen doen zodat zij de kritiek van anderen voor zijn. Dit kan als een copingmechanisme gezien worden (Dunkley & Blankstein, 2000). *Zelfhaat* is de component die zelfwalging en onvolmaaktheid omvat. Het staat in verband met de behoefte om zichzelf schade toe te brengen bij mislukkingen. Vooral deze component is gerelateerd aan depressie (Mills, Gilbert, McEwan & Gale, 2007). Het is ook voor te stellen dat zelf-inadequatie gerelateerd is aan depressie, bij het stellen van de hoge (onhaalbare) eisen. Als de hoge eisen aan zichzelf niet behaald worden, kunnen mensen gevoelens van walging en onvolmaaktheid ten opzichte van zichzelf ontwikkelen (Gilbert, Clarke, Hempel, Miles & Irons, 2004).

Mensen die zichzelf voortdurend afkeuren en beschuldigen bij mislukkingen hebben de neiging om zich minderwaardig te voelen en zijn in staat om zichzelf via cognities voornamelijk inadequaate te beoordelen. Gedachten zoals 'Ik ben niets waard' dwalen tijdens de interpersoonlijke communicatie in het brein als een innerlijke stem. Hierdoor kunnen deze mensen op den duur weinig positieve emoties en geruststelling ervaren (Gilbert et al, 2004). Mensen die een hoge mate zelfkritiek ervaren, hebben een grotere kans op ontwikkelen van depressie ten opzichte van mensen die in staat zijn om zichzelf gerust te stellen (Gilbert et al., 2006). Daarom wordt zelfkritiek als een voorspeller van depressie gezien (Gilbert, MacEwan, Matos & Ravis, 2011; Theodore, Powers, Zuroff & Topciu, 2004; Blatt, Quinlan,

Chevron, McDonald, & Zuroff, 1982). Gesteld wordt dat zelfkritiek een moeilijk behandelbaar probleem is (Boersma, Håkanson, Salomonsson & Johansson, 2014). Toch lijkt het erop dat compassie, veiligheid en rust en een innerlijke, compassievolle houding naar jezelf zelfkritiek tegen kunnen gaan (Gilbert, 2014). Uit recent onderzoek van Johnson en collega's (2017) blijkt dat een compassiegerichte interventie effectief is als behandeling van depressieve symptomen bij een groep Afrikaans-Amerikaanse respondenten met een lage sociaaleconomische status die recentelijk suïcidepoging hadden gedaan. De depressieve symptomen verminderden via veranderingen in zelfkritiek. Deze studie ondersteunt het idee dat CFT werkt via het verminderen van zelfkritiek (Johnson et al., 2017; Barnard & Curry, 2011). Samenvattend lijkt het erop dat zowel zelfkritiek als zelfcompassie mogelijk mediërende rollen kunnen hebben in het verminderen van depressie (Irons et al., 2006; Johnson et al., 2017; Barnard & Curry, 2011). Er is echter meer onderzoek nodig op het gebied van de effecten van de compassiegerichte interventies en de werkingsmechanisme ervan, omdat onderzoek naar compassie nog in de kinderschoenen staat.

1.5 Doelstelling en vraagstelling van het onderzoek

Het doel van dit onderzoek was om de effecten van een op CFT gebaseerde zelfhulpcursus op depressieklachten te onderzoeken. Ook werd onderzocht in hoeverre deze effecten gemedieerd werden door veranderingen in zelfkritiek en zelfcompassie. De volgende onderzoeksvragen stonden in dit onderzoek centraal:

- Wat is het effect van de zelfhulpcursus op depressieklachten, zelfkritiek en zelfcompassie over een periode van zes maanden vergeleken met een wachtlijst controle groep?
- In hoeverre wordt het effect van de zelfhulpcursus op depressieklachten gemedieerd door veranderingen in zelfkritiek en zelfcompassie?

Op basis van de theoretische achtergrond van CFT werd verondersteld dat de mate van depressieklachten en zelfkritiek na zes maanden meer afgenomen zullen zijn bij de experimentele conditie dan bij de controleconditie. Zelfcompassie zou bij de experimentele conditie meer toegenomen moeten zijn dan bij de controleconditie. Tevens werd verwacht dat het effect op depressieklachten gemedieerd zou worden door veranderingen in zelfkritiek en zelfcompassie.

2 Methode

2.1 Design

Dit onderzoek betreft een RCT-studie met twee condities. De participanten zijn op een gerandomiseerde wijze ingedeeld in een experimentele conditie en een controleconditie. De experimentele conditie bestond uit mensen die hebben deelgenomen aan de zelfhulpcursus met het boek 'Compassie als sleutel tot geluk: voorbij stress en zelfkritiek'. De controleconditie bestond uit mensen die op de wachtlijst stonden. Zowel de participanten in de experimentele conditie als in controleconditie werden gedurende twaalf maanden gevolgd tijdens vier meetmomenten. Alle participanten hebben op die meetmomenten online vragenlijsten ingevuld. Het eerste meetmoment vond plaats voorafgaand aan het onderzoek. Dit is de nulmeting (T0). Drie maanden na de nulmeting vond de nameting plaats (T1). De follow-upmetingen vonden zes (T2) en twaalf (T3) maanden na de nulmeting plaats. De participanten in de experimentele conditie ontvingen de zelfhulpcursus na het invullen van de nulmeting. De participanten in de controleconditie kregen de zelfhulpcursus na het invullen van de T2-meting. Voor dit onderzoek is gebruikgemaakt van de vragenlijsten die op meetmomenten T0, T1 en T2 zijn afgenomen. Het laatste meetmoment kon niet worden gebruikt, omdat de controleconditie de zelfhulpcursus na T2 heeft gekregen.

2.2 Werving en procedure

De participanten van dit onderzoek maken deel uit van de algemene Nederlandse bevolking. Zij zijn geworven middels advertenties in de landelijke dagbladen Volkskrant en Trouw. Om participanten te werven, zijn deze advertenties positief geformuleerd. De tekst 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 onderzoek naar een nieuwe gratis zelfcompassietraining'. Mensen die geïnteresseerd waren in dit onderzoek werden voor meer informatie en de aanmeldingsprocedure doorverwezen naar de website www.utwente.nl/zelfcompassie. De participanten konden tijdens de online aanmeldingsprocedure screeningsvragenlijsten en een toestemmingsformulier invullen.

Met behulp van het Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) werd het niveau van welbevinden van de participanten gescreend. De MHC-SF maakt onderscheid in drie categorieën: mensen die een hoog niveau van welbevinden ervaren, de '*flourishers*', mensen die een laag niveau van welbevinden ervaren, de '*languishers*' en mensen die niet in deze categorieën vallen, de groep mensen met een matig niveau van welbevinden oftewel de '*moderately mentally healthy*' (Keyes, 2002). Meer informatie over MHC-SF is te vinden in het artikel van Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster en Keyes (2011).

Inclusie- en exclusiecriteria

In dit onderzoek zijn alleen participanten vanaf achttien jaar of ouder met een laag tot matig niveau van welbevinden geïnccludeerd. Vanwege de online Nederlandstalige vragenlijsten was het voor het onderzoek van belang dat de participanten over een computer of tablet met een goede internetverbinding beschikten en de Nederlandse taal machtig waren. Mensen met een hoog niveau van welbevinden en met matige tot hoge depressie en of angstklachten volgens

de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) zijn uitgesloten van het onderzoek. De laatste groep kreeg het advies om contact op te nemen met de huisarts.

Participanten

In totaal zijn 243 participanten geïncludeerd. Hiervan zijn 198 participanten in het onderzoek meegenomen, omdat zij alle vragenlijsten op T0, T1 en T2 volledig hadden ingevuld. De experimentele conditie bestond uit 97 personen. De controleconditie bestond uit 101 personen. De gemiddelde leeftijd van de participanten is 53 jaar. Driekwart van de participanten is vrouw. Van alle participanten is 88% hoogopgeleid. In Tabel 1 worden de demografische gegevens van de participanten weergegeven.

Tabel 1 Demografische gegevens van de participanten N = 198

	Experimentele conditie				Controleconditie			
	n	(%)	M	SD	n	(%)	M	SD
Geslacht								
Man	18	(18.60)			31	(30.70)		
Vrouw	79	(81.40)			70	(69.30)		
Leeftijd			52.60	9.64			53.49	10.10
Burgerlijke staat								
Gehuwd of samenwonend	48	(49.50)			60	(59.41)		
Gescheiden of alleenstaand	49	(50.50)			41	(40.59)		
Opleiding								
Laag of middelbaar opleidingsniveau	16	(16.50)			7	(6.90)		
Hoog opleidingsniveau	81	(83.50)			94	(93.10)		
Werk								
Betaald werk of ondernemer	74	(76.30)			75	(74.30)		
Werkloos, gepensioneerd of arbeidsongeschikt, student	23	(23.70)			26	(25.70)		

Noot: De categorie lage opleiding bestaat uit geen opleiding, basisonderwijs, lager beroeps onderwijs, vmbo/mavo. Middelbaar opleidingsniveau bestaat uit categorieën mbo en havo, hoog opleidingsniveau bestaat uit hbo en universiteit.

Er waren verschillen in de groepssamenstelling. In de controleconditie waren meer mannen ($n = 31$) opgenomen dan in de experimentele conditie ($n = 18$). Dit verschil is statistisch significant ($\chi^2 = 3,91$; $df = 1$; $p = 0,048$). Daarnaast zijn in de experimentele conditie meer mensen met een lage of een middelbare opleiding ($n = 16$) dan in de controleconditie ($n = 6$). Ook dit verschil is statistisch significant ($\chi^2 = 4,40$; $df = 1$; $p = 0,036$). Tijdens de nulmeting

werden tussen de condities voor depressie ($F = (1) 2.24; p = 0.136$), zelfkritiek ($F = (1) 0.10; p = 0.748$) en zelfcompassie ($F = (1) 0.40; p = 0.525$) geen statistisch significante verschillen gevonden.

2.3 De zelfhulpcursus als interventie

De participanten in de experimentele conditie kregen het boek 'Compassie als sleutel tot geluk, voorbij stress en zelfkritiek' gratis thuisgestuurd. Deze participanten werden geadviseerd om gedurende zeven tot negen weken ongeveer twee tot vier uur per week met de zelfhulpcursus bezig te zijn, in hun eigen tijd en op een door hen gewenste plek. De zelfhulpcursus bestaat uit het doorlopen van zeven lessen uit het boek (Hulsbergen & Bohlmeijer, 2015). De thema's van het boek zijn als volgt: (1) emotiesystemen, (2) vriendelijkheid ontwikkelen, (3) zelfkritiek en zelfcompassie, (4) hulpbronnen aanspreken (5) jeugdervaringen verwerken, (6) omstandigheden veranderen en (7) compassie voor anderen.

Het doel van het boek is dat participanten met behulp van deze zeven lessen meer compassie voor zichzelf en anderen ontwikkelen en daardoor meer welbevinden ervaren. Elke les begint met informatie over compassie. Dit wordt gevolgd door een aantal compassiegerelateerde oefeningen. In het eerste hoofdstuk moesten de participanten bijvoorbeeld mindfulnessoefeningen zoals de lichaamsscan doen. Door dat hoofdstuk konden de participanten inzicht krijgen in de manier waarop zij met leed omgaan en leerden zij hoe zelfkritiek die gebaseerd is op schaamte ongezonde stress en overbelasting veroorzaakt. In hoofdstuk drie werden de participanten uitgenodigd om zelfkritiek te verminderen door schrijfoefeningen te doen die ingaan op (jeugd)ervaringen (Hulsbergen & Bohlmeijer, 2015). Naast het boek kregen de participanten procesondersteuning en inhoudelijke ondersteuning door wekelijks e-mailcontact met een begeleider. De begeleiding werd uitgevoerd door twee afgestuurde psychologen en twee masterstudenten Psychologie onder supervisie van een GZ-psycholoog. De participanten stuurden wekelijks na het afronden van een les een e-mail naar de begeleider met vragen over de vorderingen en eventuele knelpunten. Van de begeleider kregen ze antwoord op hun vragen. Het doel van het begeleidende e-mailcontact was om met een positieve en stimulerende benadering hulp en ondersteuning te bieden bij de zelfhulpcursus, bijvoorbeeld wanneer de participanten problemen hadden met de opdrachten. De participanten in de controleconditie ontvingen de zelfhulpcursus na zes maanden (T2) zonder e-mailbegeleiding.

2.4 Meetinstrumenten

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Depressieklachten werden in kaart gebracht met behulp van de HADS. Deze vragenlijst bestaat uit een subschaal voor depressieklachten en een subschaal voor angstklachten en is ontwikkeld door Zigmond en Snaith (1982). Beide subschalen bestaan uit zeven items met antwoorden op een vierpuntsschaal (scores 0-3). Het mogelijke bereik van de totaalscore loopt op van 0 tot en met 21, waarbij een score van 0 tot en met 7 aangeeft dat er geen sprake is van een depressie of een angststoornis. Bij een score van 8 tot en met 10 is mogelijk sprake van een depressie of angststoornis. Een score van 11 of hoger wijst op een vermoedelijk hoge mate van depressie of angststoornis. Voor dit onderzoek werd alleen de depressiesubschaal gebruikt. Deze schaal vertoont goede homogeniteit en betrouwbaarheid, zowel in klinische als

niet-klinische Nederlandse onderzoekspopulaties (Spinoven et al, 1997). De interne consistentie van de nulmeting (T0) was voldoende met Cronbach's $\alpha = 0.71$. De interne consistentie voor T1 en T2 was goed met $\alpha 0.82$ en $\alpha 0.81$.

Forms of Self-Criticising/Attacking and Self-Reassuring Scale (FSCRS)

Om zelfkritiek en zelfcompassie te onderzoeken werd gebruikgemaakt van de FSCRS (Gilbert et al, 2004). Dit is een vragenlijst die zelfkritiek meet, evenals het vermogen tot zelfgeruststelling ('ability to self-reassure'). Deze vragenlijst telt 22 items met antwoorden op een vijfpuntsschaal (0= helemaal niet zoals ik ben, 4= precies zoals ik ben). De vragenlijst maakt onderscheid in drie subschalen: inadequate self (9 items), hated self (5 items) en reassured self (8 items). De eerste twee subschalen zijn gericht op zelfkritiek. De inadequate self is gericht op persoonlijke inadequaatie (bijv. Ik ben snel teleurgesteld in mijzelf). De hated self meet het verlangen om zichzelf pijn te doen (bijv. Ik ben zo boos op mijzelf, dat ik mijzelf pijn wil doen of mijzelf wil verwonden). De items voor reassured self staan voor zelfgeruststelling (bijv. Ik ben in staat mezelf te herinneren aan positieve dingen van mezelf). Dit is een indicator voor zelfcompassie. De Nederlandse versie van de FSCRS heeft een goede betrouwbaarheid en constructvaliditeit (Sommers-Spijkerman et al., in press). De interne consistentie voor de subschaal inadequate self kan bij de nulmeting T0 en T1 als goed beschouwd worden met een $\alpha 0.83$ en $\alpha 0.85$. Bij de subschaal hated self was bij de voormeting (T0) sprake van een zwakke interne consistentie, met een α van 0.62. De vorm van zelfkritiek die met deze subschaal wordt gemeten, lijkt ook niet van toepassing te zijn op de geïncludeerde participanten. Om deze reden is de subschaal 'hated self' niet meegenomen in dit onderzoek. De interne consistentie voor de subschaal zelfgeruststelling kan bij T0 en T1 als goed beschouwd worden, met $\alpha 0.80$ en een $\alpha 0.84$.

2.5 Data-analyses

De statistische analyses zijn uitgevoerd met versie 21 van SPSS. Om inzicht te krijgen in de constructen depressieklachten, zelfkritiek en zelfcompassie zijn de gemiddelde scores en standaarddeviaties per uitkomstmaat berekend voor de nulmeting T0 en de nametingen T1 en T2. De data is normaal verdeeld. De populatie bestond uit 198 participanten, omdat 45 participanten niet in de analyses zijn meegenomen. Dit vanwege ontbrekende scores op de vragenlijst(en) bij één of meerdere meetmomenten. Tijdens de analyses werden vier outliers gedetecteerd met behulp van een boxplot. Om de analyses alsnog uit te kunnen voeren voor 198 participanten is ervoor gekozen om de scores van de outliers te vervangen door de gemiddelde score die bij de desbetreffende vragenlijst, het meetmoment en de conditie behoorde (Field, 2009).

Om de effecten van de zelfhulp cursus op depressieklachten, zelfkritiek en zelfcompassie te toetsen in vergelijking met de controlegroep, is drie keer een mixed ANOVA uitgevoerd over de T0-, T1- en T2-meetmomenten. Om te controleren voor nulmetingsverschillen op geslacht en opleiding zijn aanvullend ANOVA's uitgevoerd waarbij deze demografische variabelen als covariaat werden meegenomen. Daarnaast is een Pearsoncorrelatie uitgevoerd om het verband tussen veranderingen in depressie, zelfkritiek en zelfcompassie te onderzoeken. Hierbij is gebruikgemaakt van de verschilscores (T2 – T0) voor depressie, zelfcompassie en zelfkritiek. De volgende Pearson's correlatiecoëfficiënten (r)

zijn gehanteerd: een r tussen 0.1 en 0.3 geeft lage correlatie aan, een r tussen 0.3 en 0.5 geeft een middelmatige correlatie aan en een r van 0.5 tot en met 1 geeft een sterke correlatie aan (Cohen, 1988).

Om te onderzoeken of de veranderingen in depressieklachten ($T2 - T0$) gemedieerd werden door veranderingen in zelfkritiek ($T2 - T0$) en zelfcompassie ($T2 - T0$) is gebruikgemaakt van de tool PROCESS (Version 2.15 for SPSS). De mediërende rol van zelfkritiek en zelfcompassie zijn in twee aparte modellen (Simple Mediation Models) onderzocht (Hayes, 2013). Met deze tool worden de directe en indirecte paden geanalyseerd. Pad C geeft aan of er een direct effect is van X (conditie) op Y (uitkomst), pad A geeft aan of er een effect is van X (conditie) op M (mediatoren) en pad B geeft aan of er een effect is van M (mediatoren) op Y (uitkomst). Als de interactie tussen A en B significant is, is er sprake van een mediërend effect. Dit werd bepaald aan de hand van 95% betrouwbaarheidsintervallen gebaseerd op 5000 bootstrapped samples. Als hier geen 0 in voorkomt, is sprake van een significant mediatie-effect. Bij alle uitgevoerde statistische toetsen werd een p -waarde kleiner dan 0.05 als statistisch significant beschouwd.

3 Resultaten

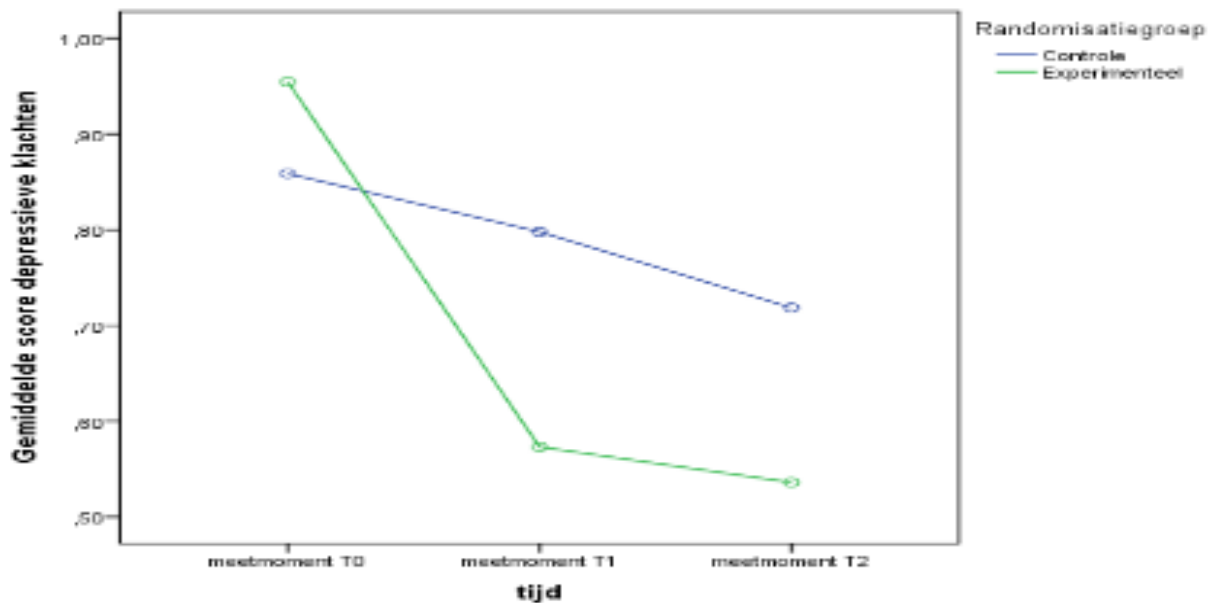
3.1 Effectiviteit van de zelfhulpcursus

De gemiddelde scores en de standaarddeviaties per uitkomstmaat zijn in Tabel 2 weergegeven. De resultaten van de Mixed ANOVA tonen aan dat het hoofdeffect van groep op depressieklachten niet statistisch significant is ($p = 0.098$). Dit wijst erop dat de conditie alleen geen invloed kan hebben op afname van depressieklachten. Voor de afname van depressieklachten is tijd nodig en uit de resultaten blijkt dat depressieklachten significant verschilden over tijd ($p < 0.001$). Er is dus sprake van een hoofdeffect van tijd. Ook is er een statistisch significant interactie-effect tussen tijd en conditie ($p < 0.001$). Dit betekent dat de depressieklachten bij de experimentele conditie tussen $T0$ en $T2$ sterker zijn afgenomen dan bij de controleconditie. Wanneer gecontroleerd werd voor nulmetingverschillen in opleiding en geslacht werd ook een significant interactie-effect gevonden (zie Tabel 2 en Figuur 1). Dit geeft aan dat geslacht en opleiding geen modererend effect hebben gehad.

Tabel 2 Descriptieve gegevens van zelfcompassie, zelfkritiek en depressie en resultaat ANOVA repeated measures N = 198

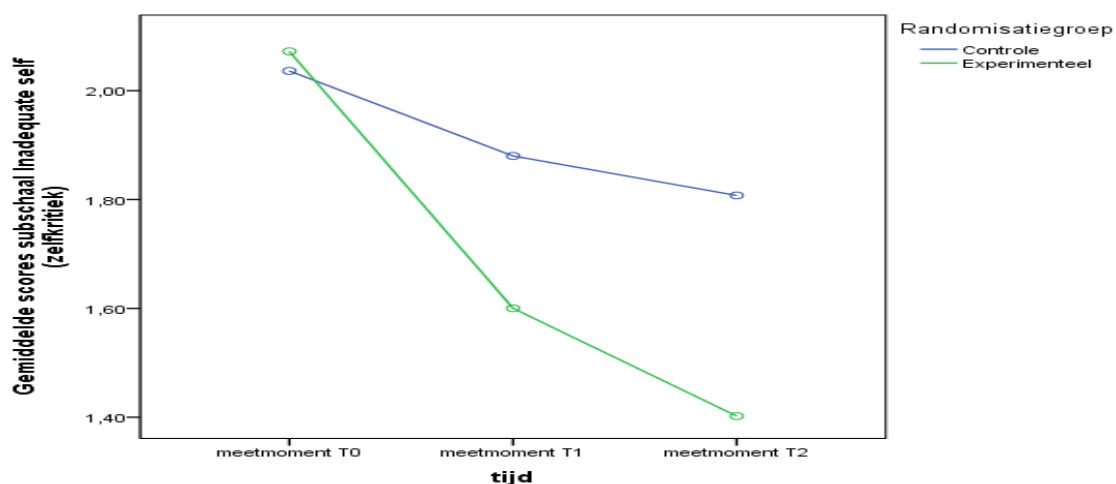
Uitkomstmaat	Experimentele conditie (N= 97)		Controleconditie(N=101)		ANOVA F		
	M	SD	M	SD	Conditie	Tijd	Tijd * conditie
Depressie							
T0	0.95	0.45	0.85	0.44			
T1	0.57	0.48	0.78	0.50			
T2	0.55	0.42	0.71	0.52	2.76 (3.52)	65.42*** (2.79)	15.33*** (16.14***)
Zelfkritiek							
T0	2.07	0.81	2.03	0.75			
T1	1.60	0.72	1.88	0.82			
T2	1.40	0.71	1.80	0.92	4.70* (5.19*)	79.06*** (0.19)	19.05*** (22.48***)
Zelfcompassie							
T0	2.00	0.63	2.06	0.64			
T1	2.43	0.63	2.15	0.71			
T2	2.51	0.66	2.24	0.70	3.88* (4.90*)	62.49*** (1.02)	14.85*** (15.46***)

Noot: * is significant bij $p = < 0,05$ en ** is significant bij $p = < 0,01$ en *** is significant bij $p = < 0,001$. Tussen haakjes worden de waarden genoemd van de ANOVA waarbij gecontroleerd is voor nulmeting verschillen in geslacht en opleiding.

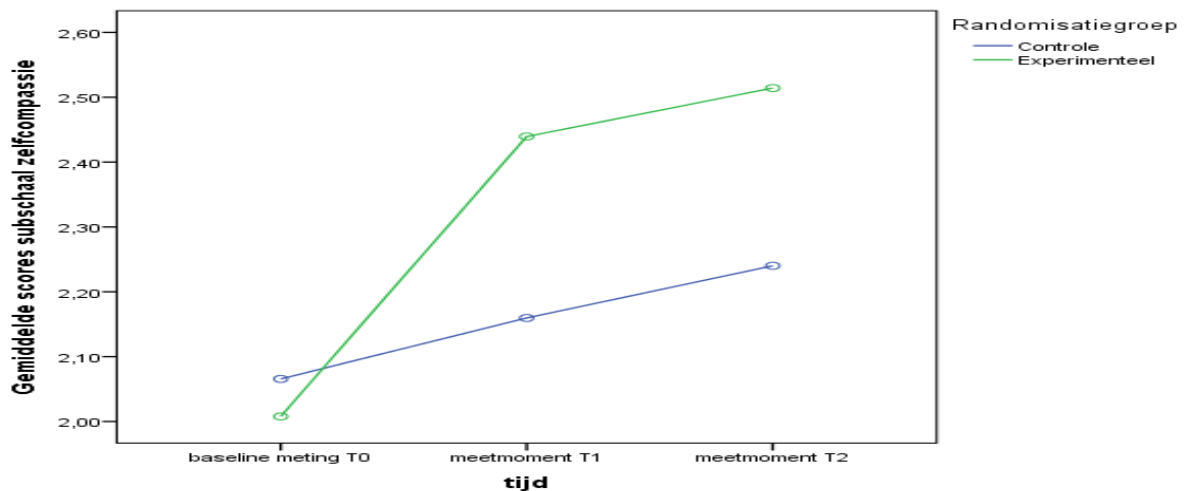


Figuur 1 Gemiddelde scores op depressieklachten bij T0, T1 en T2.

Het effect van de zelfhulpcursus op zelfkritiek en zelfcompassie is ook onderzocht. Uit de resultaten komt naar voren dat er sprake is van een statistisch significant hoofdeffect van groep op zelfkritiek ($p = 0.031$) en op zelfcompassie ($p = 0.054$). Dit geeft aan dat groep invloed kan hebben op de afname of toename van zelfkritiek en zelfcompassie, ook over tijd. Ook is sprake van een statisch significant hoofdeffect van tijd op zelfkritiek ($p < 0.001$) en op zelfcompassie ($p < 0.001$). Tot slot is er sprake van een statisch significant interactie-effect tussen tijd en conditie, zowel bij zelfkritiek ($p < 0.001$) als bij zelfcompassie ($p < 0.001$). Dit wijst erop dat zelfkritiek bij de experimentele conditie tussen T0 en T2 sterker is afgenomen dan bij de controleconditie. Voor zelfcompassie geldt dat dit bij de experimentele conditie tussen T0 en T2 sterker is toegenomen dan bij de controleconditie (zie Tabel 2, Figuur 2 en 3).



Figuur 2 Gemiddelde scores zelfkritiek



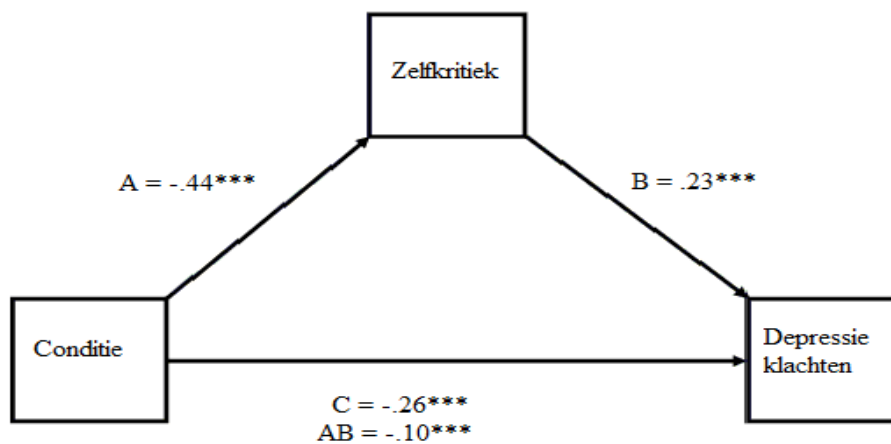
Figuur 3 Gemiddelde scores zelfcompassie

3.2 Correlatie tussen zelfcompassie, zelfkritiek en depressieklachten

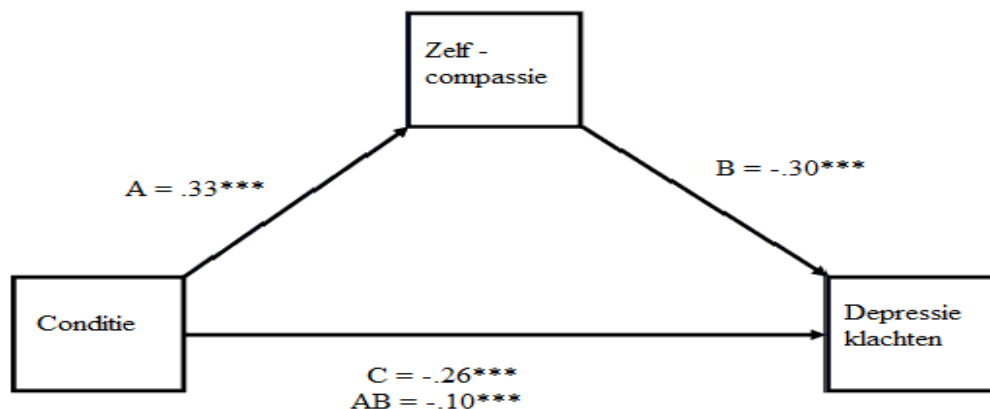
Er blijkt een matige negatieve correlatie te zijn tussen de T0-T2 verandering in depressieklachten en T0-T2 verandering in zelfcompassie ($r = -.43, p < 0.001$). Er is ook een matige correlatie tussen de T0-T2 verandering in depressieklachten en de T0-T2 verandering in zelfkritiek ($r = 0.40; p < 0.001$). Verder is sprake van een matige negatieve correlatie tussen T0-T2 veranderingen in zelfcompassie en zelfkritiek ($r = -.47, p < 0.001$).

3.3 Mediatieanalyse zelfkritiek en zelfcompassie

De resultaten van de mediatie-analyse laten zien dat er een effect is van conditie op veranderingen in depressieklachten (T2- T0) via de veranderingen in de mediators zelfkritiek en zelfcompassie (T2-T0). Het C-pad laat een statistisch significant direct effect van conditie op veranderingen in depressieklachten zien ($B = -.26, t(196) -3.91, p < 0.001$, Figuur 4, Figuur 5). De A-paden laten ook een statistisch significant effect zien van conditie op verandering van zelfkritiek ($B = -.44, t(196) -4.36, p < 0.001$) en zelfcompassie ($B = 0.33, t(196) 3.85, p < 0.001$). De B-paden laten ook een statistisch significant effect zien van zowel verandering in zelfkritiek ($B = 0.23, t(195) 5.29; p < 0.001$) als zelfcompassie ($B = -.30, t(195) -5.96, p < 0.001$) op verandering in depressieklachten. Het indirecte effect van conditie via zelfkritiek op verandering in depressieklachten werd via een betrouwbaarheidsinterval met bootstrap statistisch significant bevonden (95%- CI = $[-.18; -.05]$). Een afname van de depressieklachten tussen de T0- en T2-meting wordt gemedieerd door de afname van zelfkritiek tussen de T0- en T2-meting ($B = -.10; p < 0.001$). Het indirecte effect van conditie via zelfcompassie op verandering in depressieklachten werd ook via een betrouwbaarheidsinterval met bootstrap statistisch significant bevonden (95%- CI = $[-.18; -.04]$). Een afname van de depressieklachten tussen de T0- en T2-meting wordt dus gemedieerd door de toename van zelfcompassie tussen de T0- en T2-meting ($B = -.10; p < 0.001$).



Figuur 4 Mediatie model, indirect effect van zelfkritiek op afname depressieklachten. X = conditie, Y = depressieklachten en M = zelfkritiek. * is significant bij $p < 0,05$, ** is significant bij $p < 0,01$ en *** is significant bij $p < 0,001$. AB = indirect effect van conditie naar depressieklachten via zelfkritiek.



Figuur 5 Mediatie model, indirect effect van zelfcompassie op afname depressieklachten. X = conditie, Y = depressieklachten en M = zelfcompassie. * is significant bij $p < 0,05$, ** is significant bij $p < 0,01$ en *** is significant bij $p < 0,001$. AB = indirect effect van conditie naar depressieklachten via zelfcompassie.

4 Discussie

Dit onderzoek is opgezet met als doel om de effectiviteit van een op CFT gebaseerde (begeleide) zelfhulp cursus op depressieklachten bij een niet-klinische populatie te onderzoeken gedurende een periode van zes maanden. Ook werden de mogelijke mediators zelfkritiek en zelfcompassie onderzocht, twee mogelijke mechanismen die aan de effecten van CFT ten grondslag liggen. Zoals verwacht namen depressieklachten en zelfkritiek in de experimentele conditie sterker af en nam zelfcompassie sterker toe in vergelijking met de

controleconditie. Verder bleek uit dit onderzoek dat het effect van de zelfhulp cursus op depressieklachten gemedieerd wordt door veranderingen in zelfkritiek en zelfcompassie.

Uit de studie van Kirby (2016) komt naar voren dat vrijwel alle compassiegerichte interventies een matige effectiviteit kennen, omdat sommige cliënten uit de klinische populatie niet altijd op de behandeling reageren. Dit komt waarschijnlijk door de angst om emoties toe te laten of vanwege een onderontwikkeld vermogen om zichzelf te verzorgen (Gilbert & Irons, 2004). Daartegenover staan bevindingen die aantonen dat veel klinische of niet-klinische patiënten baat hebben bij de compassiegerichte interventies of behandelingen (eg: Gilbert & Procter, 2006; Diedrich, Burger, Kirchner & Berking, 2016; Hoffmann, et al., 2011; Kelly, Zuroff & Shapira, 2009; Leavis & Uttley, 2015). Het huidige onderzoek komt met eerdere bevindingen overeen: door de zelfhulp cursus lijken de depressieklachten en zelfkritiek af te nemen en lijkt zelfcompassie toe te nemen. Echter is er ook een aantal verschillen tussen bevindingen van dit onderzoek en eerdere bevindingen. Sommige onderzoeken zijn uitgevoerd in klinische populaties. Anderen hebben andere meetinstrumenten gebruikt. Ook hebben veel studies de Compassion Mind Therapy (CMT) en of CFT-gerichte interventies als een psychotherapeutisch behandeling ingezet en geëvalueerd. Er zijn weinig onderzoeken waarbij cliënten zelfstandig compassiegerichte interventie (met e-mailbegeleiding) hebben doorlopen. Het huidige onderzoek zorgt mogelijk voor nieuwe inzichten in het psychotherapeutische onderzoeksveld.

Ook suggereert dit onderzoek dat het effect van de zelfhulp cursus op depressieklachten mogelijk gemedieerd wordt door veranderingen in zelfkritiek en zelfcompassie. Dit resultaat vertoont overeenkomsten met andere studies, zoals het onderzoek van Johnson en collega's (2017). Ook hierin hadden veranderingen in zelfkritiek een mediërende werking tussen conditie en depressie. Ook hier is het verschil dat in het onderzoek van Johnson en collega's (2017) alleen mensen uit een klinische populatie zijn onderzocht.

Er zijn ook drie andere studies die aangeven dat veranderingen in zelfcompassie voor veranderingen in depressie en zelfkritiek kunnen zorgen. Een onderzoek van Irons en collega's (2006) geeft aan dat zelfcompassie gelinkt aan een warme ouderlijke opvoedingsstijl als een significante buffer dient tegen depressie, onafhankelijk van de mate van zelfkritiek. Een onderzoek van Diedrich en collega's (2016) stelt dat het niet vermijden van negatieve gevoelens een mediërende rol lijkt te hebben op de relatie tussen zelfcompassie en depressie. Zij geven in deze studie aan dat veel mensen baat hebben bij compassiegerichte interventies. Dit komt doordat mensen met een zelfvriendelijke houding leren om negatieve emoties niet te vermijden, maar deze emoties te accepteren. Ze worden zich bewust van de onbewuste cognitieve processen, met name zelfkritische gedachten, en leren deze gedachten doorbreken en op een manier met problemen omgaan (Gilbert, 2009; Diedrich et al., 2016). Krieger, Berger en Holtforth (2016) stellen dat er verschillende studies zijn die aangeven dat er sprake is van een negatieve correlatie tussen zelfcompassie en depressie, bijvoorbeeld MacBeth en Gumley (2012) of Krieger, Altenstein, Baettig, Doerig en Holtforth (2013). Deze studies hebben echter geen rekening gehouden met de wisselwerking tussen depressie en zelfcompassie. Daardoor is niet duidelijk of een gebrek aan zelfcompassie depressieve symptomen veroorzaakt, of depressieve symptomen een gebrek aan zelfcompassie veroorzaken of dat ze een wederzijds effect op elkaar hebben. Uit het onderzoek van Krieger, Berger en Holtforth (2016) komt naar voren dat gebrek aan zelfcompassie een voorspeller is

van depressie. Met deze inzichten kan ook rekening worden gehouden bij de behandeling van depressie en in toekomstige onderzoeken. Als meer bekend is over de rol van zelfcompassie, kan hier ook tijdens de behandeling aandacht aan worden besteed. De huidige behandelingen focussen vooral op zelfkritiek, maar als mogelijk blijkt dat hier een gebrek aan zelfcompassie aan ten grondslag ligt, is het logischer dat daarop gefocust wordt.

4.1 Sterke kanten en beperkingen

Dit onderzoek heeft een aantal sterke punten. Een innovatief aspect is dat onderzocht is of de effecten van CFT op depressieklachten gemedieerd worden door veranderingen in zelfkritiek en zelfcompassie. Onderzoek naar zelfkritiek als mediërende factor is al eerder gedaan, bijvoorbeeld door Johnson en collega's (2017), maar de mediërende rol van zelfcompassie is nog niet eerder onderzocht in de vorm van een zelfhulp cursus bij een niet-klinische populatie (Leaviss & Uttely, 2015). Een ander sterk punt is het RCT-design van het onderzoek met een relatief grote steekproef. Dit onderzoek lijkt een redelijk tot goede interne validiteit te hebben vanwege de betrouwbaarheid van de meetinstrumenten. Om daarnaast een vertekend beeld van de resultaten te voorkomen, zijn alleen participanten betrokken die aan alle meetmomenten hebben deelgenomen. Een ander sterk punt is dat de vragenlijsten na een half jaar onderzocht zijn. Kirby en collega's (2016) bevelen namelijk aan om de effecten van compassiegerichte interventies na een half jaar of een jaar te verrichten, om de langetermijneffecten van CFT-interventies in kaart te kunnen brengen.

Dit onderzoek kent ook een aantal beperkingen, bijvoorbeeld de dataset. Deze is afkomstig van een groter onderzoek naar welbevinden. Daardoor zijn participanten met een score van hoger dan 11 op de HADS-vragenlijst van het onderzoek uitgesloten. Dit zijn mensen met matige tot ernstige depressieklachten. Het onderzoek werd nu uitgevoerd in een niet-klinische populatie met lichte depressieklachten en de steekproef bestond grotendeels uit hoogopgeleide vrouwen. Om deze reden kunnen de uitkomsten niet gegeneraliseerd worden naar een klinische populatie of naar andere doelgroepen, zoals vrouwen met een lager opleidingsniveau. Tot slot betreft veranderingen in mediators, deze zijn met behulp van meetinstrumenten op vaste meetmomenten gemeten, terwijl veranderingen geen vaste vorm hebben, er is sprake van wisselwerking. Op dit moment is niet geheel duidelijk of er eerst sprake was van depressieklachten en daarna zelfkritiek, of dat er eerst zelfkritiek was en daarna depressieklachten ontstonden.

4.2 Aanbevelingen

Om meer duidelijkheid te kunnen creëren rondom de effectiviteit van de zelfhulp cursus en de veranderingen in de mediators zou het voor toekomstig onderzoeken interessant zijn om de T3- en T4-metmomenten mee te nemen in een vervolgonderzoek. Op deze manier kan er een vergelijking gemaakt worden tussen de experimentele conditie en controle conditie. Op dit moment is bekend dat de controleconditie aanzienlijk lagere scores heeft op depressieklachten en zelfkritiek dan de experimentele conditie. Om de effecten van de zelfhulp cursus te vergelijken, zou de T3-meting meer inzicht kunnen bieden. Op dat meetmoment heeft de controleconditie namelijk ook de cursus doorlopen, waarbij de verwachting is dat er dan ook in deze conditie positieve effecten merkbaar zijn. Ook voor de mediators zou het interessant zijn om in toekomstig onderzoek rekening te houden met veranderingen. Een of meerdere

metingen tussen de oorspronkelijke meetmomenten zou wenselijk zijn. Een andere aanbeveling betreft de generaliseerbaarheid van dit onderzoek. Uit dit onderzoek is gebleken dat het grote aantal vrouwen en het opleidingsniveau van deze steekproef geen modererend effect heeft op de effectiviteit van de zelfhulpcursus. Dit is een goed teken, want hierdoor wordt de effectiviteit van de zelfhulpcursus niet ondermijnd. Toch kan de homogeniteit in de steekproef echter een rol gespeeld kunnen hebben voor niet generaliseerbaarheid van dit onderzoek. De aanbeveling is om toekomstig onderzoek uit te voeren met een steekproef met gelijke demografische gegevens. De mate waarin depressie en zelfkritiek voorkomen zou anders kunnen zijn bij mensen met een laag opleidingsniveau (Van Weel-Baumgarten et al., 2012). Er zijn aanwijzingen dat mensen die lager zijn opgeleid minder goede effecten op de behandeling laten zien dan de mensen die een hogere opleiding genoten hebben (Hadjistavropoulos, Pugh, Hesser & Andersson, 2016). Daarnaast verschillen ook mannen en vrouwen in de mate waarin depressie en zelfkritiek voorkomen en in hoe deze gevoelens worden geuit.

De laatste aanbeveling is om dit onderzoek te herhalen bij mensen uit een klinische populatie, omdat het niveau van zelfkritiek verschilt tussen de niet-klinische en klinische populatie (Castilho, Pinto-Gouveia & Duarte, 2015). Mensen in een klinische populatie vertonen een hogere mate van zelfkritiek dan mensen in een niet-klinische populatie. Het huidige onderzoek is verricht onder mensen in een niet-klinische populatie met lichte tot matig depressieklachten. In diverse studies zijn voornamelijk mensen uit de klinische populatie met ernstige vorm van depressie onderzocht (Gilbert & Proctor, 2006; Johnson et al., 2017). Het zou voor Nederlandse populatie ook interessant zijn als het effect van de begeleide zelfhulpcursus gebaseerd op CFT op een klinische populatie onderzocht wordt. Tot op heden zijn er namelijk nog geen interventies waarbij participanten uit de klinische populatie zelfstandig op een laagdrempelig wijze een compassiegerichte interventie konden doorlopen. Uit het onderzoek van Gilbert en collega's (2011) komt namelijk naar voren dat de drempel om een psychotherapeutische behandeling te volgen voor mensen vaak te hoog is, bijvoorbeeld door schaamte. Daardoor vindt helemaal geen behandeling plaats. Dit kan als gevolg hebben dat bij mensen die licht tot matige depressieklachten ervaren dat deze klachten aanhouden of zelfs verergeren. Geconcludeerd kan worden dat de (begeleide) zelfhulpcursus effectief is in een periode van zes maanden, dat zelfkritiek alsmede depressieklachten afnemen en dat zelfcompassie toeneemt. De veranderingen in de mogelijke mechanismen zelfkritiek en zelfcompassie hebben mogelijk voor de verandering in depressieklachten gezorgd. Het lijkt erop dat deze laagdrempelige zelfhulpcursus geschikt zou kunnen zijn om met behulp van de zelfcompassievaardigheden de zelfkritiek en depressieklachten te bestrijden. Wellicht zullen meer mensen met licht tot matige depressieklachten geneigd zijn om van deze laagdrempelige hulpcursus gebruik te maken.

Referenties

- Barnard, L. K., & Curry, J. F. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of General Psychology*, 15, 289–303.
- Blatt, S. J. (1995). The Destructiveness of Perfectionism; Implications for the Treatment of Depression. *American Psychologist*, 50(12), 1003-1020.
- Blatt, S.J., Quinlan, D.M., Chevron, E.S., McDonald, C., & Zuroff, D. (1982). Dependency and self-criticism: psychological dimensions of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 113-124. doi: 10.1037//0022-006X.50.1.113.
- Boersma, K., Håkanson, A., Salomonsson, E., & Johansson, I. (2014). 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.
- Bohlmeijer, E., Bolier, L., Westerhof, G., & Walburg, JA. (2013). *Handboek Positieve Psychologie*. Amsterdam, Uitgeverij Boom.
- 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, 199–214. doi:10.1111/bjc.12009.
- Breines, J. G., & Chen, S. (2013). Activating the inner caregiver: The role of support-giving schemas in increasing state self-compassion. *Journal of Experimental Social Psychology*, 49, 58-64. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2012.07.015>.
- 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.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2016). *Depressie*. Verkregen via <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/04/meer-dan-1-miljoen-nederlanders-had-depressie>.
- Cheung, MSP., Gilbert, P., & Irons, C. (2004). An exploration of shame, social rank and rumination in relation to depression. *Personality and Individual Differences*, 36(5), 1143-1153. doi: 10.1016/S0191-8869(03)00206-X.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Diedrich, A., Burger, J., Kirchner, M., & Berking, M. (2016). Adaptive emotion regulation mediates the relationship between self-compassion and depression in individuals with unipolar depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(3), 247-263. doi: 10.1111/papt.12107.
- Dunkley, D.M., & Blankstein, K.R. (2000). Self-critical perfectionism, coping, hassles, and current distress: A structural equation modeling approach. *Cognitive Therapy and Research*, 24(6), 713-730. doi: 10.1023/A:1005543529245.
- 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.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS*. London, EC1Y 1SP.
- 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. (2010). An Introduction to Compassion Focused Therapy in Cognitive Behavior Therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3, 97-112. doi: 10.1521/ijct.2010.3.2.97.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 6–4. doi: 10.1111/bjc.12043.
- 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. doi:10.1348/014466504772812959.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2004). A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people. *Memory*, 12(4), 507-516. doi: 10.1080/09658210444000115.
- Gilbert, P., MacEwan, K., Matos, M. & Rivis, A. (2011). Fears of compassion: Development of three self-report measures. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(3), 239-255. doi: 10.1348/147608310X526511.
- 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 & Psychotherapy*, 13(6), 353-379. doi: 10.1002/cpp.507.
- Hayes, A., F. (2013). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach*. London, England: The Guilford Press.
- 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
- Heycop ten Ham, B., Hulsbergen, M., & Bohlmeijer, E. (2014). *Transdiagnostische factoren. Theorie en praktijk*. Amsterdam: Boom.
- Hermanto, N., & Zuroff, D. C. (2016). The social mentality theory of self-compassion and self-reassurance: The interactive effect of care-seeking and caregiving. *The journal of social psychology*, 156(5), 523-535. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/00224545.2015.1135779>.
- Hoffmann, S. G., Grossman, P., & Hinton, D. E. (2011). Loving-kindness and compassion meditation: Potential for psychological intervention. *Clinical Psychology Review*, 13, 1126-1132. doi:10.1016/j.cpr.2011.07.003.
- Hulsbergen, M., & Bohlmeijer, E. (2015). *Compassie als sleutel tot geluk: Voorbij stress en zelfkritiek*. Amsterdam, Uitgeverij 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(3), 297-308. doi: 10.1348/014466505X68230
- Johnsen, T.J., & Friberg, O. (2015). The effect of cognitive-behavioral therapy as an antidepressive treatment is falling. *Psychological Bulletin*, 141(4), 747-768. doi: 10.1037/bul0000015.
- Johnson, S.B., Goodnight, B.L., Zhang, H., Daboin, I., Patterson, B., & Kaslow, N.J. (2017). Compassion-Based Meditation in African Americans: Self-Criticism Mediates Changes in Depression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. doi: 10.1111/sltb.12347.
- Kazdin, A.E. (2015). Treatment as usual and routine care in research and clinical practice. *Clinical Psychology Review*, 42, 168-178. doi: 10.1016/j.cpr.2015.08.006.
- 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.
- Keyes, C.L.M (2002). From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Research*, 43, 207-222.
- 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.
- Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Steindl, S. R. (2015). Cultivating compassion: A systematic review and meta-analysis of compassion-based interventions. PROSPERO: International Prospective Register of Systematic Reviews, 2015, CRD42015024576. Verkregen via http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.asp?ID=CRD42015024576.
- Korrelboom, K., & ten Broeke, E. (2016). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie; Handboek voor theorie en praktijk*. Hilversum: Bussem.
- 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. *Journal of Behavior Therapy*, 44(3), 501-513. doi: <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.04.004>

- Krieger, T., Berger, T., & Holtforth, M.G. (2016). The relationship of self-compassion and depression: Cross-lagged panel analyses in depressed patients after outpatient therapy. *Journal of Affective Disorders*, 202, 39–45. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.032>
- Lamers, S.M.A., Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T., ten Klooster, P.M., & Keyes, C.L.M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), 99–110.
- Leary, M.R., Tate, E.B., Adams, C.E., Batts Allen, A., & Hancock, J.(2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 887–904.
- Leaviss, J., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: an early systematic review. *Psychological Medicine*, 45, 927–945. doi:10.1017/S0033291714002141.
- Luyten, P., Blatt, S.J., & Fonagy, P.(2013). Impairments in self- structures in depression and suicide in psychodynamic and cognitive behavioral approaches: Implications for clinical practice and research. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6(3), 265–279. doi: 10.1521/ijct.2013.6.3.265.
- 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.
- Mathers, C.D., & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 11(442). doi: 10.1371/journal.pmed.0030442
- Mills, A., Gilbert, P., McEwan, B. K., & Gale, C. (2007). Paranoid beliefs and self-criticism in students. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14(5), 358–364. doi: 10.1002/cpp.537.
- Neff, K. D. (2011). Self-Compassion, Self-Esteem, and Well-Being. *Social and Personality Psychology Compass*, 5, 1–12. doi: 10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x.
- Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85–102. 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.
- Nuijen, J., ten Have, M., Tuithof, M., van Drosselaer, S., van Bon-Martens, M., & de Graaf, R. (2014). 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). Utrecht: Trimbos Instituut.
- Pyszczynski, T., & Greenberg, J. (1987). Self-Regulatory Perseveration and the Depressive Self-Focusing Style: A Self-Awareness Theory of Reactive Depression. *Psychological Bulletin*, 102, 122–138.
- 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.
- Shahar, B., Szsepsenwol, O., Zilcha-Mano, S., Haim, N., Zamir, O., Levi-Yeshuvi, S., & Levit-Binnun, N. (2015). 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.
- Sommers-Spijkerman, M.P.J., Trompetter, H.R., ten Klooster, P. M., Schreurs, K.M.G., Gilbert, P., & Bohlmeijer, E.T. Development and Validation of the Forms of Self-Criticising/Attacking and Self-Reassuring; Scale – Short Form. Ingediend.
- 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.
- Theodore, A., Powers, Zuroff, D.C., & Topciu, R.A. (2004). Covert and overt expressions of self-criticism and perfectionism and their relation to depression. *European Journal of Personality*, 18, 61–72. doi: 10.1002/per.499.
- Trompetter, H.R., de Kleine, E., & Bohlmeijer, E.T. (2016). Why Does Positive Mental Health Buffer Against Psychopathology? An Exploratory Study on Self-Compassion as a Resilience Mechanism and Adaptive Emotion Regulation Strategy. *Cognitive Therapy and Research*, 41(3), 459–468. doi: 10.1007/s10608-016-9774-0.
- Van Weel-Baumgarten, E.M., Van Gelderen, M.G., Grundmeijer, H.G.L.M., Licht-Strunk, E., Van Marwijk, H.W.J., Van Rijswijk, H.C.A.M.,... Van der Wee, G.M. (2012). *Standaard*

- depressie* (tweede herziening). Verkregen op 15 juli 2017 via <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-depressie-tweede-herziening>
- Verweij, G., & Houben van Herten, M. (2013). Depressiviteit en antidepressiva in Nederland. Geraadpleegd via <https://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/EC2DE714-FF8E-4CB2-BE83-77FB67AF8094/0/20131203b12art.pdf>.
- Willemse, Y., & Trijsburg, R. W. (2005). Cognitieve gedragstherapie en interpersoonlijke psychotherapie; Een analyse van kritische succesfactoren. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 47(9), 593-602. Geraadpleegd op chrome extension://oemmndcblldboiebfnladdacbdm/adm/http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/as_sets/articles/articles_1402pdf.pdf.
- Yang, L., Zhao, Y., Wang, Y., Liu, L., Zhang, X., Li, B., & Cui, R. (2015). The Effects of Psychological Stress on Depression. *Current Neuropharmacology*, 13(4), 494-504. doi: 10.2174/1570159X1304150831150507.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1982). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.