

ELISE RIANNE HENRIEKE NANNINGS (S1012037)
MASTERSCRIPTIE POSITIEVE PSYCHOLOGIE & TECHNOLOGIE
FACULTY OF BEHAVIOURAL, MANAGEMENT AND SOCIAL SCIENCES

Onderzoek naar het effect van een zelfhulp compassietraining op angstklachten

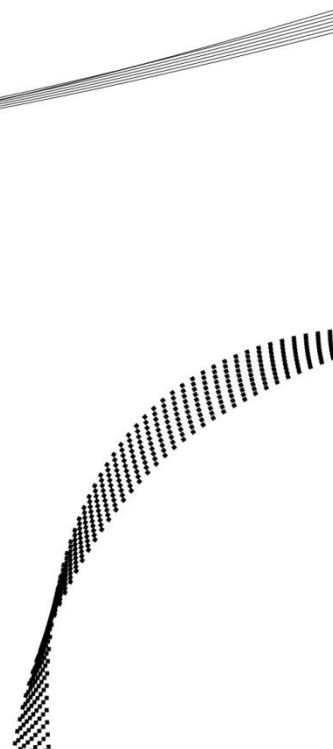
Uitkomsten van een gerandomiseerde gecontroleerde trial met analyses
naar de mediatie effecten van de geruststellende zelf, inadequate zelf en
de hatende zelf.

EERSTE BEGELEIDER: MSC. SOMMERS-SPIJKERMAN, M.P.J.
EERSTE BEGELEIDER: DR. SCHOTANUS-DIJKSTRA, M.
TWEEDE BEGELEIDER: PROF. DR. WESTERHOF, G.J.

DATUM: 07-12-2017



UNIVERSITEIT TWENTE.



Samenvatting

Nederlands en internationaal onderzoek hebben aangetoond dat angstklachten tot de top drie van psychische problemen behoren. Onderzoek toont aan dat naast klachtreductie, ook het verbeteren van de geestelijke gezondheid belangrijk is bij het verminderen van angstklachten. Compassion Focused Therapy (CFT) is een therapie die zich richt op zowel klacht als kracht en is hiermee een goede behandelmethoden voor angstklachten. CFT richt zich onder andere op het versterken van zelfcompassie, ook wel de geruststellende zelf genoemd, waarbij iemand leert op een vriendelijke manier met zichzelf om te gaan. De tegenhanger van deze geruststellende zelf zijn de inadequate- en hatende zelf waarbij iemand erg kritisch is op zichzelf.

Het doel van deze studie was om te onderzoeken of de CFT-zelfhulpinterventie ‘Compassie als sleutel tot geluk, voorbij stress en zelfkritiek’ effectief is in het reduceren van angstklachten. Daarnaast is onderzocht of er sprake was van mediërende effecten van de geruststellende zelf, de inadequate zelf en de hatende zelf.

Deze gerandomiseerd gecontroleerde trial (RCT) bestond uit een interventiegroep met 97 participanten en een wachtlijst controlegroep van 101 respondenten. Angstklachten (HADS), de geruststellende zelf (FSCRS-RS), de inadequate zelf (FSCRS-IS) en de hatende zelf (FSCRS-HS) werden gemeten op drie momenten: op baseline, en na drie en zes maanden. In dit onderzoek is repeated measured ANOVA gebruikt om de effecten van de interventie ten opzichte van de controlegroep te analyseren. Daarnaast werden mediatie analyses uitgevoerd door de bootstrapping methode om het mediatie effect van zelfgeruststelling, de inadequate zelf en de hatende zelf te onderzoeken.

In deze studie is gevonden dat bij respondenten die de zelfhulpinterventie hebben doorlopen, angstklachten, de inadequate- en hatende zelf significant afnamen en dat zelfgeruststelling significant toenam na drie en zes maanden. De enkele mediatie analyse toonde aan dat het effect van de interventie op angstklachten gedeeltelijk werd gemedieerd door de geruststellende- en inadequate zelf. Wanneer alle mediators gezamenlijk in een model werden geanalyseerd werd gevonden dat alleen de geruststellende zelf nog als significante mediator optrad.

Concluderend tonen de resultaten van dit onderzoek op alle meetmomenten aan, dat de zelfhulpinterventie ‘Compassie als sleutel tot geluk, voorbij stress en zelfkritiek’ effectief is in het reduceren van angstklachten en het verbeteren van de andere uitkomstmaten in vergelijking met een wachtlijst controlegroep. Daarnaast is naar voren gekomen dat de effecten van de interventie op angstklachten kunnen worden verklaard door de mediator zelfgeruststelling. Dit biedt empirische evidentie voor de theoretische werkingsmechanismen van CFT. De belangrijkste aanbeveling van deze studie is vervolgonderzoek naar mogelijk andere mediators die het effect van de interventie op angstklachten kunnen verklaren.

Abstract

Dutch and international research has shown that anxiety symptoms belong to the top three of psychological problems. Research has shown that next to the reduction of complaints, also the improvement of the mental health has a positive effect on anxiety symptoms. Compassion Focused Therapy (CFT) is a therapy which focuses on both strengths and complaints and is therefore a good treatment method of anxiety symptoms. CFT focuses on strengthening self-compassion, also called the reassuring self, where someone learns to handle themselves in a friendly way. On the other side is the inadequate and hating self where someone is very critical to themselves.

The aim of this research was to study whether the self-help intervention 'Compassion as key to happiness, beyond stress and self-criticism' was effective in reducing anxiety symptoms. Next to that, this study investigates whether or not the reassuring self, the inadequate self or the hating self has a mediating effect on the level of anxiety symptoms.

The design of this study was a randomized controlled trial (RCT). The participants of this study were divided into two groups: the intervention-group (97 participants) and the control-group (101 participants). Anxiety symptoms (HADS), the reassuring self (FSCRS-RS), the inadequate self (FSCRS-IS) and the hated self (FSCRS-HS) were measured on three moments: on baseline and after 3 and 6 months. In this study repeated measures ANOVA was used to study the effects of the intervention. Next to that, mediation analyses were performed by making use of the bootstrapping method to study the mediating effect of the reassuring-, inadequate- and hated self.

In this study was found that the anxiety symptoms, the inadequate self and the hated self were significantly reduced in the intervention-group compared to the control-group and that the reassuring self was significantly increased after 3 and 6 months. The simple mediation analyses showed that the effect of the intervention on anxiety symptoms was partly mediated by the reassuring- and inadequate self. When the reassuring-, the inadequate and hated self were analyzed together in one model, there was found that only the reassuring self, had a significant mediation effect.

Concluding, the results of this study show that the self-help intervention 'Compassion as key to happiness, beyond stress and self-criticism' is effective in reducing the level of anxiety symptoms and improving the other outcome measures when compared to the control group on all the measuring moments. Next to that was found that the effects of the intervention on anxiety symptoms can be explained by the mediating effect of the reassuring self. This provides empirical evidence for the theoretical mechanisms of CFT. The main recommendation of this study is that future research should look at other possible mediators that can explain the effect of the intervention on anxiety symptoms.

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
Abstract	4
1. Inleiding	6
1.1. Angst	6
1.2. Zelfkritiek.....	6
1.3. Compassie en Compassion Focused Therapy (CFT)	7
1.4. Empirische evidentie van de effectiviteit van CFT op angstklachten	9
1.5. Onderzoeksvraag en hypothesen.....	11
2. Methode.....	12
2.1. Onderzoekdesign	12
2.2. Werving en procedure	12
2.3. Respondenten	13
2.4. De interventie.....	14
2.5. Instrumenten.....	14
2.5.1. Angstklachten	14
2.5.2. Zelfgeruststelling, de inadequate- en hatende zelf.....	15
2.6. Statische analyses.....	16
3. Resultaten.....	18
3.1. Baselinekenmerken	18
3.2. Effect van de interventie op de uitkomstmaten.....	18
3.2. Mediatie effect van de geruststellende zelf, inadequate zelf en hatende zelf op angstklachten.....	21
3.2.1. Simpele mediatie analyses	21
3.2.2. Gecombineerde mediatie analyse	22
4. Discussie.....	23
4.1. Discussie.....	23
4.1.1. Afname angstklachten	23
4.1.2 Mediatie effecten	24
4.2. Sterke punten en limitaties.....	25
4.3. Aanbevelingen.....	26
4.4. Conclusie en praktische implicatie.....	27
5. Referenties	28

1. Inleiding

1.1. Angst

Negatieve gevoelens geven aanleiding tot het aanpassen van gedrag, waarbij het lichaam zich voorbereid op actie: aanvallen bij boosheid en vluchten bij angst (Frijda, 1986). Daarmee hebben angst en boosheid een evolutionaire overlevingswaarde om automatisch adequaat te kunnen reageren op dreiging (Nesse, 1994). Angstklachten kunnen ontstaan als gevolg van dreiging op belangrijke levensgebieden. De klachten worden beschouwd als abnormaal wanneer er bij geen of een kleine prikkel een heftige angstreactie ontstaat die niet past bij de situatie. Angst gaat hierbij gepaard met gedachten die niet juist zijn (Hassink-Franke, Terluin, Van Heest, Hekman, van Marwijk, van Avendonk, 2012). Daarnaast speelt het Behavioural Inhibition System een belangrijke rol bij angst (Dissabandara, Loxton, Dias, Daglish, & Stadlin, 2012). Dit systeem zorgt voor vermijdingsgedrag bij dreiging of straf. Wanneer dit systeem wordt geactiveerd, ervaart men negatieve gevoelens zoals angst, frustratie of somberheid (Gray, 1990). Hoe sensitiever een persoon is voor dit systeem, hoe vatbaarder deze persoon is voor angst (Carver & White, 1994).

Angststoornissen is een verzamelnaam voor verschillende stoornissen waarbij abnormale angst het sociaal functioneren beïnvloed en er sprake is van lijden (Hassink-Franke, Terluin, Van Heest, Hekman, van Marwijk, van Avendonk, 2012). In de laatste versie van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, de DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), staan elf categorieën angststoornissen omschreven (van Balkom, Gabriëls, van den Heuvel, 2015) waaronder de sociale angststoornis, gegeneraliseerde angststoornis, paniekstoornis en agorafobie. Cijfers over de psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking (NEMESIS-2, De Graaf, ten Have, van Dosselaer, 2010) laten zien dat een kleine 20% van de gehele Nederlandse bevolking ooit een angststoornis heeft ervaren. De stoornissen komen vaker voor bij vrouwen (23%) dan bij mannen (15,9%). Bij vrouwen is dit zelfs de meest voorkomende psychische stoornis (Emmelkamp, Bouman, & Visser, 2009, p.44).

Angstklachten kunnen een negatieve invloed hebben op je lichamelijke gezondheid (Blascovich & Katkin, 1993). Naast de lichamelijke gevolgen, zijn er ook maatschappelijke gevolgen, zoals een verhoogd ziekteverzuim en meer zorggebruik (CBS, 2015). Om deze redenen is het van belang om te begrijpen hoe angst ontstaat en hoe deze kan worden gereduceerd. Eén van de factoren waardoor angstklachten blijven bestaan is de mate van zelfkritiek die mensen ervaren (Gilbert & Procter, 2006).

1.2. Zelfkritiek

Veel psychische problematiek, waaronder angstklachten, ontstaan door het ervaren van zelfkritiek (Boersma, Hakanson, Salomonsson & Johansson, 2015). Door op een harde,

minachtende en vijandige manier tegen zichzelf te praten ontstaan er als het ware aanvallen op 'de zelf' (Gilbert, 2009; Shahar et al., 2015). Deze aanvallen prikkelen, stimuleren en versterken negatieve emotionele reacties, die veelal gepaard gaan met gevoelens van angst (Gilbert, 2014).

Zelfkritiek kan worden onderscheiden in twee soorten (Gilbert, Clark, Hempel, Miles & Irons, 2004); de inadequate zelf en de hatende zelf. De inadequate zelf kan ontstaan door schaamte. Interne schaamte zorgt ervoor dat een individu grote aandacht op zichzelf legt en hoe hij of zij overkomt op anderen. De nadruk ligt op gevoelens van tekortkoming, zichzelf onvoldoende vinden, blijven hangen in fouten of zichzelf slecht voelen. Door deze interne schaamte ontstaat er zelfkritiek in de vorm van de inadequate zelf (Gilbert & Procter, 2006). De hatende zelf kan omschreven worden als hatende gevoelens naar zichzelf (Gilbert et al., 2004). Er wordt verondersteld dat de hatende zelf de sterkste anti-therapeutische factor is die er bestaat, omdat het vernietigende bijna onbeperkt is (Rubin, 1998). Mensen die haat naar zichzelf voelen, willen zichzelf vaak daadwerkelijk pijn doen (Gilbert et al., 2004). De hatende zelf is een meer extreme vorm van zelfkritiek.

Het is voor zelfkritische mensen belangrijk om te leren een kalmeringssysteem te activeren waarbij ze zich veilig voelen, zodat zelfkritiek en hiermee angstklachten zullen verminderen (Gilbert, 2014; Rockliff, Gilbert & McEwan, 2008; Gilbert & Irons 2005). Uit onderzoek van Longe, Maratos, Gilbert, Evans & Volker (2010) is naar voren gekomen dat zelfkritiek samengaat met gebieden in het brein die foutverwerking signaleren en zorgen voor gedragsinhibitie. Bij deze mensen werkten bestaande therapieën die focussen op gedrag en cognitie minder (Leaviss & Uttley, 2015; Rector, 2000). Hierbij kunnen andere therapieën een uitkomst zijn. Zo kan zelfkritiek worden gereduceerd door een mate van compassie te ontwikkelen waarbij zelfcompassie de tegenhanger is van zelfkritiek. Bij zelfcompassie gaat het om gevoelens van warmte en zorg naar zichzelf toe (Shahar et al., 2015). Het ontwikkelen van compassie staat centraal bij de Compassion Focused Therapy (CFT)

1.3. Compassie en Compassion Focused Therapy (CFT)

Compassie wordt door Paul Gilbert (2014, p. 19) omschreven als het opmerken van lijden bij zichzelf en anderen, met de inzet om het lijden proberen te verminderen en te voorkomen.

Volgens Gilbert zijn er drie emotie regulatiesystemen: 1) het beschermingssysteem, 2) het jaagsysteem en 3) het kalmeringssysteem (Gilbert, 2009). Het beschermingssysteem is het meest dominante systeem en zorgt actief voor de herkenning van dreigingen en het daarop adequaat reageren. Dit systeem wordt ook wel de 'negativity bias' genoemd: mensen focussen zich in dit systeem meer op het negatieve dan het positieve. Het systeem kan worden geactiveerd bij dreigingen van buiten, maar ook door emoties van binnen zoals interne woede of angst (Boersma,

Hakanson, Salomonsson & Johansson, 2015). De meeste traditionele therapieën, zoals cognitieve gedragstherapie, zijn ontwikkeld om dit systeem te reguleren (Gilbert, 1993).

Het jaagsysteem, is een systeem van stimuleren en activeren. Dit systeem stimuleert competitieve drijfveren en zoekt naar een sociale positie. Wanneer er sprake is van te veel omgevingsprikkels, kan overmatige activatie van dit systeem je bijvoorbeeld slecht laten slapen. In de Westerse wereld, waarbij men vaak op zoek is naar beter en meer, wordt dit systeem overmatig gestimuleerd. Wanneer men niet vindt waarnaar men op zoek is, kan dit vervolgens leiden tot gevoelens van verslagenheid en hulpeloosheid (Gilbert, 2014).

Het laatste systeem, het kalmeringssysteem, zorgt voor kalmering. Dit systeem is gericht op balans, sociale verbinding en rust. Wanneer dit systeem wordt geactiveerd, voelt men geen dreiging of de behoefte om doelen te realiseren. Dit systeem wordt ook wel het rust- en verwerkingssysteem genoemd (Gilbert, 2009). Wanneer dit systeem niet genoeg wordt gestimuleerd, kan men gevoelens van onrust ervaren en kan men zichzelf moeilijk geruststellen. Dit laatste systeem is belangrijk bij het ontwikkelen van compassie (Pauley & McPherson, 2010).

Langdurige overactiviteit van de eerste twee regelsystemen, zonder voldoende activatie van het derde systeem met momenten van tevredenheid, kalmte en ontspanning, kan leiden tot ongezonde stress, angst en depressie (Gilbert, 2009). Angstklachten worden in stand gehouden doordat men gedachten heeft die aan dreiging gerelateerd zijn zoals: 'ik ga dit niet overleven' of 'ik ga vernederd worden'. Hierdoor gaat men situaties vermijden zodat deze gedachten en gevoelens niet meer terug zullen komen (Salkovskis, 1991). Daarom is het van belang te streven naar voldoende activatie van het kalmeringssysteem en om een balans tussen de drie systemen te creëren (Leaviss & Uttley, 2015). Deze balans staat centraal bij Compassion Focused Therapy (CFT). CFT zorgt ervoor dat het beschermingssysteem minder actief zal worden en het kalmeringssysteem zal worden geactiveerd (Gilbert et al., 2004). Dit kan men doen door de geest te trainen met oefeningen om compassie te vergroten. Door deze training wordt het kalmeringssysteem het leidende systeem (Gilbert, 2009).

Er zijn twee processen belangrijk voor het trainen van compassie: het accepteren van lijden en de commitment om lijden te voorkomen of te verminderen. Bij het ontwikkelen van compassie zijn het trainen van bepaalde attributen en vaardigheden van belang (Gilbert, 2009). Zo bestaat het accepteren van lijden uit het ontwikkelen van zes attributen. Voorbeelden hiervan zijn: oplettendheid creëren voor gevoelens van lijden, zoals angstklachten en leren emoties die deel uit maken van lijden, zoals angstklachten, te tolereren (Gilbert, 2014). Het voorkomen of verminderen van lijden bestaat uit het ontwikkelen van zes vaardigheden. Voorbeelden hiervan zijn: focussen op zaken die helpend en nuttig zijn en je gedragen op een manier die past bij het verminderen van angstklachten (Gilbert, 2014). Onderdelen die deze vaardigheden en attributen stimuleren zijn verbeeldingsoefeningen, waarbij in gedachten naar een ontspannende en veilige

omgeving wordt gegaan of schrijfopdrachten, waarbij bijvoorbeeld over een wenselijke toekomst wordt geschreven (Leavis & Uttley, 2015).

Naast compassie is het belangrijk om zelfcompassie te ervaren. Volgens Neff (2003) bestaat zelfcompassie uit drie factoren: vriendelijkheid naar jezelf, geloven dat iets menselijk is en niet alleen voor jou geldt en mindfulness. Een beschrijvende mate van zelfcompassie is zelfgeruststelling, wat een alternatief antwoord is op zelfkritiek (Shahar et al., 2015; Gilbert et al., 2004). Daarnaast is zelfgeruststelling een belangrijke vaardigheid om compassievol te kunnen zijn (Gilbert, 2009). Wanneer men zelfgeruststelling ervaart, probeert iemand zichzelf niet naar beneden te halen wanneer hij of zij heeft gefaald, maar probeert hij of zij zichzelf gerust te stellen en warmte uit te stralen, waardoor er beter met negatieve gevoelens kan worden omgegaan of deze zelfs kunnen worden weerstaan (Neff, 2007, Neff 2010). Verder wordt verondersteld dat interne gedachten en beelden net zoveel kunnen doen met een mens als externe gedachten en beelden en deze zorgen voor de activatie van bepaalde delen in het brein. Zo blijkt dat wanneer mensen vriendelijk naar ons zijn, dit een fijn gevoel geeft, omdat deze signalen bepaalde delen van de hersenen stimuleren (Gilbert, 2009). Hieruit volgt dat het belangrijk is om ook vriendelijk naar onszelf te zijn (zelfgeruststelling) om dezelfde hersengebieden te activeren die zorgen voor dit prettige gevoel (Gilbert, 2009). Door het ontwikkelen van zelfgeruststelling zal iemand gedachten formuleren die geruststellend en vriendelijker zijn (Gilbert, 2014, Neff, 2003). Zelfgeruststelling kan hierbij worden gezien als een beschermende factor die emotionele veerkracht in stand houdt (Raes, 2010). Door het trainen van zelfgeruststelling kan geprobeerd worden om angstklachten te accepteren en te reduceren (Leary, Tate, Adams, Batts Allen & Hancock, 2007).

1.4. Empirische evidentie van de effectiviteit van CFT op angstklachten

Bij behandeling van angstklachten werd in het verleden veelal gebruik gemaakt van traditionele cognitieve gedragstherapie (Brown, Barlow, & Liebowitz, 1994). Een meta-analyse van Hoffman en Smits (2008) wijst uit dat er verschillende soorten cognitieve gedragstherapie (CGT) zijn, zoals exposure en responspreventie, cognitieve gedragstherapie in groepsvorm en narratieve exposure therapie, waarbij het doel is om disfunctionele opvattingen en denkfouten te corrigeren en zo angstklachten te verminderen (Bögels, Van Oppen, 2015). Bij traditionele cognitieve gedragstherapie wordt echter enkel gefocust op klachtreductie.

Onderzoek laat zien dat naast klachtreductie, het verhogen van de geestelijke gezondheid een positief effect heeft op angstklachten (Sin & Lyubomirsky, 2009). Het versterken van de geestelijke gezondheid kan worden bereikt door niet alleen te focussen op klachten, maar ook op de krachten van mensen (Westerhof & Keyes, 2008). Voorbeelden hiervan zijn positieve psychologie constructen als de sterke kanten benadering en compassie (Bohlmeijer, Bolier, Westerhof & Walburg, 2013). CFT sluit zich hier goed bij aan, aangezien deze vorm van therapie

zich richt op zowel klacht als kracht (zelfgeruststelling) (Gilbert, 2009). CFT is dan ook een goede aanvulling of alternatief voor conventionele behandelingen. Uit verschillende onderzoeken is al bewezen dat CFT een veelbelovende techniek is in het reduceren van angstklachten (Boersma et al., 2015; Judge, Cleghorn, McEwan en Gilbert, 2012; Gilbert en Procter, 2006; Ashworth, Gracey & Gilbert, 2011)

Uit de systematische review van Leaviss en Uttley (2015) en Kirby (2016) is echter gebleken dat er nog maar weinig Randomized Controlled Trials (RCT) zijn gedaan naar CFT en de effecten op angstklachten als primaire uitkomstmaat. De meeste onderzoeken gaan over welbevinden of depressie (Kelly, Zuroff, Foa en Gilbert, 2010; Shapira & Mongrain, 2010; Braehler et al., 2013). Toch zijn er een aantal RCT-studies gedaan waarbij de effecten van een compassie therapie op angstklachten werd onderzocht. Deze studies worden hieronder besproken.

Neff en Gemner (2013) hebben onderzoek gedaan naar de effecten van een 'mindful self-compassion' (MSC) programma op onder andere angstklachten. Het onderzoek betrof dus een RCT en de respondentengroep bestond een niet-klinische populatie. De effecten van de MSC worden vergeleken met een wachtlijst controlegroep. Het MSC-programma bestond uit 8-wekelijkse bijeenkomsten in groepsvorm. Elke week werd er op een specifiek onderwerp gefocust. Er werd gevonden dat in de interventiegroep de angstklachten significant meer waren afgenomen dan in de controlegroep.

Daarnaast hebben Kemeny en collega's (2012) onderzoek gedaan naar het stimuleren van emotionele balans door het trainen van compassie. De onderzoeksgroep (niet klinisch) bestond uit vrouwelijke schooldocenten, die gedurende acht weken in groepsverband een meditatie/emotieregulatietraining volgden. Deze groep werd vergeleken met een wachtlijstcontrolegroep die geen behandeling ontvingen. In dit onderzoek werd gevonden dat angstklachten significant reduceren door het ontwikkelen van emotionele balans door middel van compassie.

In een andere studie is onderzoek gedaan naar de effecten van CFT op mate waarin een klinische populatie (psychotisch) onder andere schaamte ervoeren (Braehler et al., 2013). Er werden in dit onderzoek twee condities gebruikt; de conditie CFT + de gebruikelijke behandeling en de conditie waarin alleen de gebruikelijke behandeling werd gegeven. CFT bestond uit 16 groepssessies. In dit onderzoek werd gevonden dat bij deelnemers die de CFT-behandeling hadden gevolgd verhoogde scores op compassie werden geassocieerd met verlaagde schaamte scores.

Zoals hierboven kan worden gezien zijn de genoemde onderzoeken echter geen onderzoeken waarbij enkel CFT wordt gebruikt met een RCT-design, of waar angstklachten als primaire uitkomstmaat wordt gebruikt. Daarom wordt in het huidige onderzoek door middel van een RCT gekeken naar de effecten van CFT op angstklachten.

1.5. Onderzoeksvraag en hypothesen

Het doel van de huidige studie was om het effect te onderzoeken van een CFT-zelfhulp interventie op angstklachten, in vergelijking met een wachtlijst controlegroep. Daarnaast kijkt dit onderzoek naar de mediërende effecten van de geruststellende zelf, de inadequate zelf en de hatende zelf. De relevantie van dit onderzoek is dat het een RCT-design betreft en dat drie mediërende effecten, in tegenstelling tot eerder onderzoek, worden geanalyseerd.

De volgende hypothesen worden getest:

H1: *De CFT-interventie leidt tot een significante afname van angstklachten, de inadequate zelf en de hatende zelf, en een significante toename van de geruststellende zelf, in vergelijking met respondenten in de controlegroep na drie en na zes maanden.*

H2: *Het effect van de CFT-interventie op angstklachten wordt gemedieerd door zelfgeruststelling.*

H3: *Het effect van de CFT-interventie op angstklachten wordt gemedieerd door een verminderde mate van de inadequate zelf.*

H4: *Het effect van de CFT-interventie op angstklachten wordt gemedieerd door een verminderde mate van de hatende zelf.*

2. Methode

2.1. Onderzoeksdesign

Dit onderzoek is een gerandomiseerde, gecontroleerde interventiestudie met twee condities. De eerste conditie is de experimentele conditie waarbij respondenten een interventie doorliepen. De tweede conditie is de controleconditie. Deze bestond uit een wachtlijstgroep waarbij respondenten na zes maanden alsnog de zelfhulpcursus ontvingen. De studie duurde in totaal twaalf maanden met vier meetmomenten. De baseline meting (T0) vond voorafgaand aan de interventie plaats. De eerste nameting (T1) vond drie maanden na de nulmeting plaats. De follow-up metingen vonden zes maanden (T2) en twaalf maanden (T3) na de nulmeting plaats. In dit huidige onderzoek werd gebruik gemaakt van de meetmomenten T0-T2.

2.2. Werving en procedure

Respondenten van deze studie waren volwassen mannen en vrouwen met een laag tot matig niveau van welbevinden. Respondenten werden geworven door middel van advertenties in landelijke dagbladen (de Volkskrant en Trouw). De boodschap van de advertentie werd positief geformuleerd om zo meer gemotiveerde respondenten te werven. Geïnteresseerden in het onderzoek konden zich aanmelden via een website. Op deze website werd tevens meer uitleg gegeven over het onderzoek en de procedure. Tijdens de aanmelding werd respondenten gevraagd een online screeningsvragenlijst en toestemmingsformulier in te vullen. Inclusiecriteria voor deelname aan het onderzoek waren een leeftijd van 18 jaar of ouder, een laag tot matig welbevinden, beschikking over een computer of tablet met goede internetverbinding, beschikken over een e-mailadres en voldoende beheersing van de Nederlandse taal. Respondenten die werden uitgesloten van deelname waren individuen die floreerden of waarbij matig tot ernstige depressieve of angstklachten aanwezig waren. Dit werd bepaald aan de hand van een aantal vragenlijsten. De mate van floreren werd gemeten met de welbevindenschaal (MHC-SF). Respondenten die hoog scoorden (score 4 of 5) op een of meer items van de subschaal 'emotioneel welbevinden' en respondenten die hoog scoorden (score 4 of 5) op zes of meer items van de gecombineerde subschalen 'sociaal welbevinden' en 'psychologisch welbevinden' (Keyes, 2002), werden uitgesloten van het onderzoek. De mate van angstklachten of depressieve klachten werd gemeten door de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Bij een score boven de elf op de depressie schaal en/of een score boven de elf op de angstschaal (Snaith, 2003) werden respondenten van het onderzoek uitgesloten. Wanneer respondenten mee mochten doen aan het onderzoek, werden ze willekeurig verdeeld over de twee condities door middel van loting. Daarna ontvingen ze een e-mail met informatie over de conditie. De respondenten in de experimentele conditie ontvingen binnen een week de zelfhulpcursus per post.

2.3. Respondenten

De onderzoeksgroep bestond in totaal uit 198 respondenten, waarvan 49 mannen en 149 vrouwen, met een gemiddelde leeftijd van 53.1 jaar. Alle respondenten hadden een Nederlandse nationaliteit. De respondenten werden willekeurig toegewezen aan of de interventiegroep (N=97) of de wachtlijst controlegroep (N=101). Voor dit onderzoek zijn alle respondenten die niet alle vragenlijsten volledig hebben ingevuld uit de data verwijderd. Dit waren in totaal 44 respondenten. In Tabel 1 zijn de demografische gegevens van de onderzoeksgroep te zien. Opvallend zijn het grote aantal vrouwen en het grote aantal hoogopgeleiden.

Tabel 1. Demografische gegevens van de respondenten

Demografische gegevens	Interventiegroep N= 97	Controlegroep N= 101	Totaal N= 198
Geslacht (%)			
Man	18.6	30.7	24.7
Vrouw	81.4	69.3	75.3
Leeftijd (in jaren)	52.6	53.5	53
Burgerlijke staat (%)			
Getrouwd of geregistreerd partnerschap	49.5	59.4	54.5
Alleenstaand ¹	50.5	40.6	45.5
Woonsituatie (%)			
Alleen	28.9	22.8	25.8
Samenwonen met partner en kind(eren)	25.8	24.8	25.3
Samenwonen met partner zonder kind(eren)	36.1	45.5	40.9
Alleen met anderen ²	9.3	6.9	8.1
Hoogst afgeronde opleiding (%)			
Laag tot midden opgeleiden	16.5	6.9	11.6
Hoger beroepsonderwijs	45.4	46.5	46
Wetenschappelijk onderwijs	38.1	46.5	42.4
Werksituatie (%)			
Betaald werk (in loondienst)	60.8	59.4	60.1
Zelfstandig ondernemer	15.5	14.9	15.2
Onbetaald/ niet werkenden ³	23.7	25.7	24.7
Scores vragenlijsten (gemiddelden T0-T2)			
HADS	44.1	41.7	42.7
FSCRS-RS	55.7	51.7	53.7
FSCRS-IS	45.7	51.5	48.7
FSCRS-HS	8.4	10.1	9.3

Noot: ¹ **Alleenstaand:** Gescheiden; weduwe-weduwnaar; nooit getrouwd geweest. ² **Alleen met anderen:** Alleen met kinderen; bij ouders; met anderen. **Laag tot midden opgeleiden:** Geen opleiding afgerond; vmbo, mavo, (m)ulo, 3 jaar

havo of vwo; Middelbaar beroepsonderwijs; Hoger voortgezet onderwijs. ³ **Onbetaald/ niet werkenden:** Onbetaald werk, vrijwilligerswerk; Op zoek naar werk, werkloos; Arbeidsongeschikt; Gepensioneerd; Huisvrouw/huisman; Student/scholier

2.4. De interventie

In dit onderzoek werd het zelfhulpboek 'Compassie als sleutel tot geluk, voorbij stress en zelfkritiek' gebruikt (Hulsbergen en Bohlmeijer, 2015). Het doel van het zelfhulpboek was om respondenten te leren het vermogen tot (zelf)compassie te ontwikkelen. Het boek is ontwikkeld voor mensen die zelfkritiek willen omzetten in meer compassie en voor mensen die gemotiveerd zijn om compassie te ontwikkelen en in te zetten om het leven van anderen en zichzelf plezierig te maken (Hulsbergen en Bohlmeijer, 2015). Het boek bestaat uit zeven hoofdstukken, die als volgt zijn opgedeeld: (1) Zelfkritiek en compassie, (2) Emotiesystemen, (3) Vriendelijkheid ontwikkelen, (4) Hulpbronnen aanspreken, (5) Jeugdervaringen verwerken, (6) Omstandigheden veranderen en (7) Compassie voor anderen. Elk hoofdstuk begint met informatie over het thema van die week en eindigt met een aantal oefeningen, zoals schrijf- of ademhalingsoefeningen. De zeven lessen uit het boek kunnen in zeven weken doorlopen worden. Respondenten van het onderzoek kregen negen weken de tijd om de zelfhulpcursus te voltooien. Respondenten werd geadviseerd om gedurende deze periode ongeveer twee tot vier uur per week bezig te zijn met de cursus. De respondenten van de interventie kregen wekelijks e-mailbegeleiding. Dit hield in dat een deelnemer na elke week, waarin een les was afgerond, een e-mail stuurde naar de begeleider met daarin vragen over de vorderingen van de afgelopen week en vragen over mogelijke problemen. Binnen twee tot drie werkdagen werd hierop door de begeleiders via de mail gereageerd en ontvingen de respondenten feedback op hun e-mail. De begeleiding werd gedaan door twee afgestudeerde psychologen, twee masterstudenten Psychologie en een PhD student, onder supervisie van twee ervaren GZ-psychologen. Er werd gekozen voor e-mail begeleiding omdat dit even effectief is gebleken als een therapeutische face-to-face behandeling (Pier et al., 2008).

2.5. Instrumenten

Respondenten in beide condities moesten op verschillende momenten vragenlijsten invullen. Voor dit onderzoek werden de volgende vragenlijsten gebruikt:

2.5.1. Angstklachten

De *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* (Zigmond & Snaith, 1983) werd gebruikt om angstklachten te meten. De angstschaal bestaat uit zeven items met vragen als: 'hoe vaak voelde u zich gespannen de afgelopen week?' en 'hoe vaak kreeg u de afgelopen week een soort angstgevoel alsof er elk moment iets vreselijks kon gebeuren?'. Items worden geschaald op een 4-

punts Likertschaal (0-3). Er kan een totaalscore behaald worden van 21, waarbij een score van 0 tot en met 7 wijst op geen angststoornis, een score van 8 tot en met 10 wijst op een mogelijke angststoornis en een score van 11 tot en met 21 wijst op vermoedelijk een angststoornis (Crawford, Henry, Crombie, & Taylor, 2001). Eerder onderzoek toont aan dat de betrouwbaarheid van de Nederlandse versie van de HADS (zowel de subschalen als de totale schaal) goed is met een Cronbach's alpha tussen de $\alpha=0.71$ en $\alpha=0.90$ (Spinhoven, Ormel, Sloekers, Kempen, Speckens, & Van Hemert, 1997; Mykletun, Stordal & Dahl, 2001). In dit onderzoek was de interne consistentie van de HADS-a eveneens goed met $\alpha= 0.66$ op T0, $\alpha= 0.81$ op T1 en $\alpha=0.80$ op T2.

2.5.2. Zelfgeruststelling, de inadequate- en hatende zelf

De *Forms of Self-Criticising/Attacking and Self-Reassuring Scale (FSCRS)*, (Gilbert et al., 2004) werd gebruikt om de mate van zelfgeruststelling, de inadequate- en hatende zelf te meten. De eerste schaal is de geruststellende zelf (RS); en bestaat uit acht items. De geruststellende zelf geeft een gevoel van zorg voor de 'zelf' en moedigt de zelf aan wanneer dingen niet goed gaan. Een voorbeelditem van deze schaal is: 'wanneer iets fout gaat, vind ik het makkelijk om mezelf te vergeven'. De tweede schaal is de inadequate zelf (IS); waarbij de zelfkritiek ontstaat door bijvoorbeeld schaamte. Deze schaal bestaat uit negen items en heeft betrekking op een gevoel van interne neerslachtigheid, tekortkoming en blijven hangen in fouten. Een voorbeeld van een item op deze schaal is: 'wanneer iets fout gaat, ben ik snel teleurgesteld in mezelf'. De derde schaal is de hatende zelf (HS); deze ontstaat door hatende gevoelens naar de zelf. De hatende zelf geeft een gevoel van zelfwalging/haat en geeft het gevoel de 'zelf' iets aan te willen doen wanneer iets mislukt (Gilbert et al., 2004). Deze schaal bestaat uit vijf items, waaronder bijvoorbeeld: 'wanneer iets fout gaat, scheld ik mezelf uit'.

Het totale instrument bestaat uit 22 items. Items worden geschaald op een 5-punts-Likertschaal (0=helemaal niet zoals ik ben en 4=precies zoals ik ben). Een score kan per subschaal worden berekend door de scores op de items van de betreffende subschaal bij elkaar op te tellen. De inadequate zelf heeft een minimale score van nul en een maximale score van 36. De hatende zelf heeft een minimale score van nul en een maximale score van 20. De geruststellende zelf heeft een minimale score van nul en een maximale score van 32. Hoge scores op de schalen inadequate zelf en hatende zelf houden in dat iemand erg zelfkritisch is en een hoge score op de geruststellende zelf houdt in dat iemand veel zelfcompassie ervaart. Uit onderzoek is gebleken dat de FSCRS een betrouwbaar instrument is om zelfgeruststelling, de inadequate- en hatende zelf te meten: Cronbach's alfa $\alpha=0.90$ voor de inadequate zelf en $\alpha=0.86$ voor de geruststellende en de hatende zelf (Gilbert et al., 2004). In dit onderzoek was de Cronbach's alfa voor meetmoment T0 voor de geruststellende zelf $\alpha=0.80$, voor de inadequate zelf $\alpha=0.84$ en voor de hatende zelf $\alpha=0.65$. Voor meetmoment T1 gold voor de geruststellende zelf $\alpha=0.84$, voor de inadequate zelf

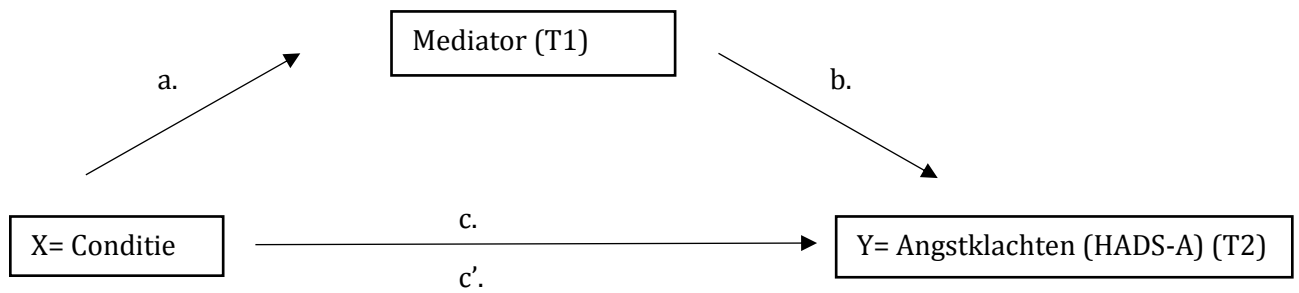
$\alpha=0.86$ en voor de hatende zelf $\alpha=0.74$. Voor meetmoment T2 gold voor de geruststellende zelf $\alpha=0.86$, voor de inadequate zelf $\alpha=0.89$ en voor de hatende zelf $\alpha=0.74$.

2.6. Statische analyses

Alle analyses werden uitgevoerd met SPSS-versie 22. Alle respondenten met missende waarden werden niet meegenomen in de analyses ($N= 44$). Op T0 was het percentages missende waarden 0. Op T1 was het percentage missende waarden 11,6 en op T2 was dit 16,5. Door middel van de Little's Missing Complete At Random test is onderzocht of de missende waarden bij de T1 en T2-metingen door toeval ontbraken. Dit bleek het geval ($\chi^2 (69) = 76.19, p = 0.258$).

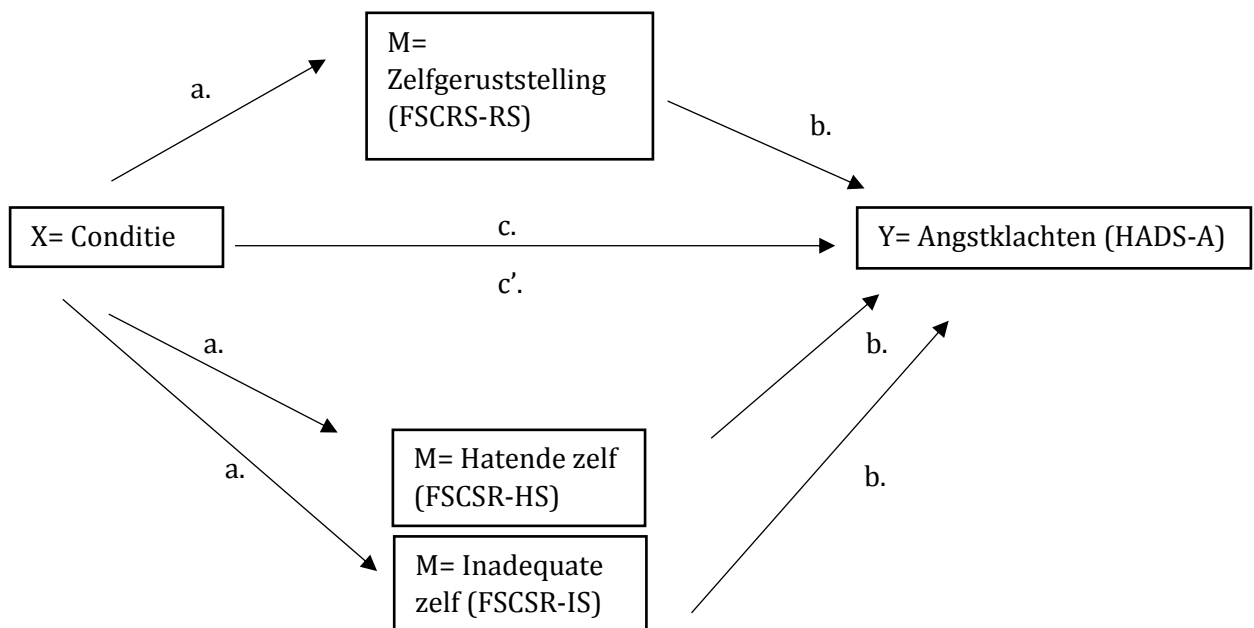
Beschrijvende statistiek werd gebruikt om gemiddelden en standaarddeviaties van de resultaten van alle vragenlijsten op de meetmomenten T0, T1 en T2 in kaart te brengen. Een onafhankelijke *t*-toets en chi-kwadraattoets werd uitgevoerd om te onderzoeken of er bij T0 verschillen waren tussen de respondenten in de verschillende condities. Er werd een verschil gevonden op baselineniveau op geslacht. Daarom werden in de volgende stappen gecontroleerd voor geslacht om te onderzoeken of dit significante verschil van invloed was op de resultaten van de interventie. Om te toetsen of de interventie effect had op angstklachten werden repeated measures ANOVA uitgevoerd. Als between-subjects werden de verschillende condities (interventie- en controlegroep) gebruikt. Als within-factor werd tijd gebruikt en de afhankelijke variabele was angstklachten. Hiervoor werd gekeken naar de totaalscore op de HADS-a op meetmomenten T0-T1 en T0-T2. Deze analyse werd ook uitgevoerd voor de FSCRS (RS, IS en HS).

De PROCESS-module (Hayes) werd gebruikt om het mediërend effect van de geruststellende zelf, de inadequate zelf en de hatende zelf te toetsen. Als afhankelijke variabele (Y) werd de T2 score op angstklachten gebruikt, als onafhankelijke variabele (X) werd de conditie gebruikt. Als mediator werd de T1 score op zelfgeruststelling, de inadequate zelf of de hatende zelf gebruikt. De baselinemetingen werden als covariaat toegevoegd in het model. Er werd gebruik gemaakt van simpele mediatie analyses. De 95% betrouwbaarheidsintervallen zijn gebaseerd op 5000 bootstrapped samples. Voor elke analyse werd het a, b en c pad in kaart gebracht (zie Figuur 1). Het indirecte effect (ab) werd geschat met behulp van de bootstrapping methode op basis van de bias gecorrigeerde 95%-betrouwbaarheidsintervallen. Wanneer de waarde 0 buiten het betrouwbaarheidsinterval viel, dan was het mediatie effect significant.



Figuur 1. Simpel Mediatie model

Tot slot werd een multipele mediatie analyse uitgevoerd, waarbij alle mediators tegelijkertijd in het model werden toegevoegd (T1) (zie Figuur 2). De baselinemetingen (angstklachten, de geruststellende zelf, de inadequate zelf en de hatende zelf) werden als covariaat toegevoegd in het model.



Figuur 2. Multipel Mediatie model

3. Resultaten

3.1. Baselinekenmerken

Uit onafhankelijke *t*-toetsen en chi-kwadraattoetsen kwam naar voren dat er op baseline geen significante verschillen waren tussen de interventie- en controlegroep met betrekking tot leeftijd: $t(196) = 0.63, p = 0.497$; burgerlijke staat: $\chi^2(1,198) = 1.96, p = 0.161$; woonsituatie: $\chi^2(3,198) = 2.15, p = 0.541$; opleidingsniveau: $\chi^2(2,198) = 74.73, p = 0.094$ en werksituatie: $\chi^2(2,198) = 0.11, p = 0.946$. Er kwam wel een significant verschil tussen interventie- en controlegroep naar voren met betrekking tot geslacht: $\chi^2(1,198) = 3.91, p = 0.048$. Er kan worden gezien dat het verschil in geslacht in de interventiegroep (meer vrouwen dan mannen) groter is dan in de controlegroep.

Uit een onafhankelijke *t*-toets kwam naar voren dat er geen significante verschillen werden gevonden op de baseline metingen (T0) tussen de interventie- en controlegroep op de uitkomstmaten angstklachten ($t(196) = -0.61, p = 0.542$), zelfgeruststelling ($t(196) = 0.64, p = 0.525$) en de inadequate zelf ($t(196) = -0.32, p = 0.748$) en de hatende zelf ($t(196) = -0.30, p = 0.764$).

3.2. Effect van de interventie op de uitkomstmaten

In Tabel 2 kunnen de gemiddelden, de standaarddeviaties, de uitkomsten van de repeated measures ANOVA en de effectgroottes worden gevonden van de mate van angstklachten, geruststellende zelf, inadequate zelf en de hatende zelf van de interventie- en controlegroep op drie verschillende meetmomenten.

De repeated measures ANOVA-analyse laat zien dat angstklachten en de mate van de inadequate en hatende zelf significant afnamen (angstklachten: T0-T1: $p < 0.001$, T0-T2: $p < 0.001$; inadequate zelf: T0-T1: $p < 0.001$, T0-T2: $p < 0.001$; hatende zelf: T0-T1: $p = 0.021$, T0-T2: $p = 0.009$) en dat de geruststellende zelf significant toenam in zowel de controle- als de interventiegroep op meetmomenten T1 en T2 ten opzichte van T0 (T0-T1: $p < 0.001$, T0-T2: $p < 0.001$ (zie Tabel 2).

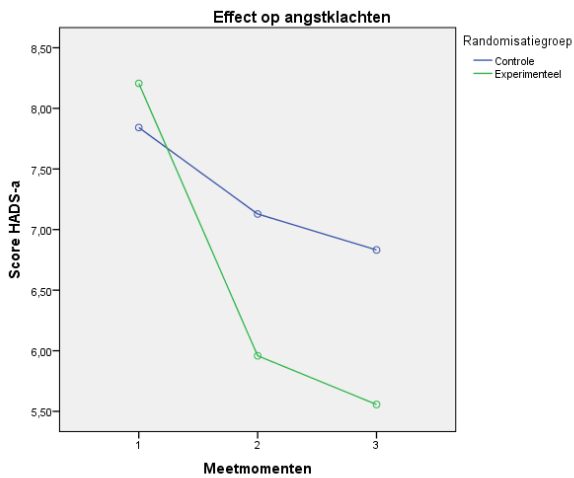
Ook werd een significant interactie-effect gevonden tussen tijd en conditie op alle uitkomstmaten (angstklachten: T0-T1: $p = 0.002$; T0-T2: $p = 0.001$; geruststellende zelf: T0-T1: $p < 0.001$, T0-T2: $p < 0.001$; de inadequate zelf: T0-T1: $p = 0.001$, T0-T2: $p < 0.001$; de hatende zelf: T0-T1: $p = 0.015$, T0-T2: $p = 0.005$). Dit betekent dat de interventiegroep significant meer verbeterde dan de controlegroep op T1 en T2, ten opzichte van T0, op de mate van angstklachten, geruststellende zelf, inadequate zelf en hatende zelf (zie Figuur 3 t/m 6).

De effectgroottes van de uitkomstmaten lagen tussen de 0.35 en 0.49 op meetmoment 2. Deze kleine effectgroottes houden in dat ongeveer 17% tot 24% van de respondenten in de interventiegroep meer verbeterde dan de controlegroep.

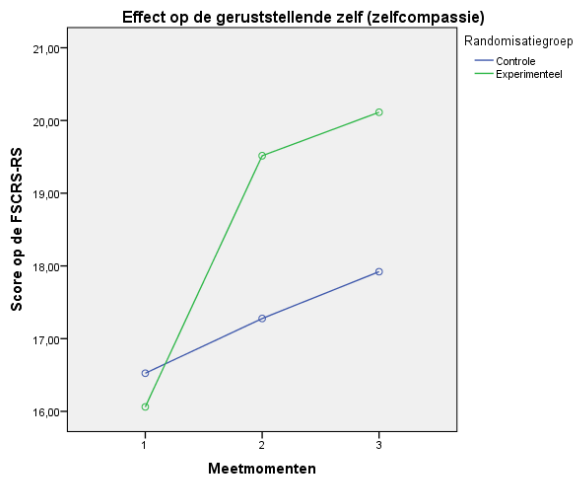
Tabel 2: Gemiddelden, standaarddeviaties, repeated measures ANOVA en de effectgroottes

Meet instrument	Tijd	Controle		Interventie		ANOVA: F			Cohen's <i>d</i>
		M	SD	M	SD	Tijd	Groep	Groep*Tijd	
HADS-a	T0	7.84	3.06	8.21	2.94				-0.12
	T1	7.13	3.53	5.96	3.51	45.19***	0.96	12.14***	0.33
	T2	6.83	3.71	5.56	2.98	37.96***	3.11	8.47***	0.38
FSCSR-RS	T0	16.56	5.19	16.06	5.04				-0.10
	T1	17.28	5.71	19.52	5.10	55.05***	1.64	22.70***	0.41
	T2	17.92	5.65	20.11	5.30	43.15***	3.88*	12.66***	0.40
FSCSR-IS	T0	18.32	6.80	18.65	7.31				-0.05
	T1	16.92	7.46	14.40	6.52	44.10***	1.47	11.37***	0.36
	T2	16.27	8.31	12.62	6.45	48.85***	4.71*	11.87***	0.49
FSCSR-HS	T0	3.62	2.78	3.75	3.23				-0.04
	T1	3.16	3.12	2.39	2.97	25.16*	0.69	6.25*	0.25
	T2	3.29	3.23	2.25	2.74	15.43**	2.32	5.20**	0.35

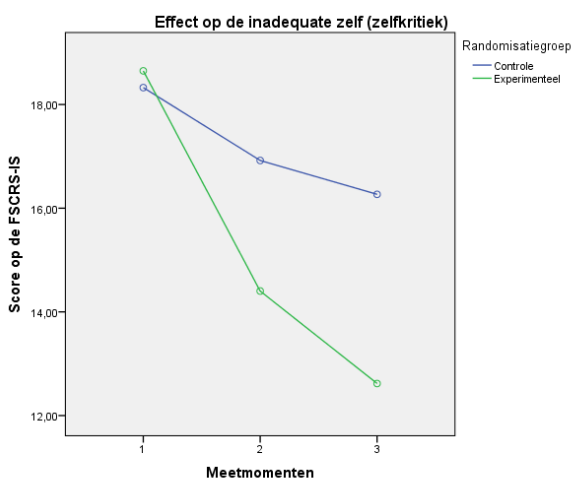
Noot: HADS-a = Hospital Anxiety and Depression Scale-anxiety; FSCSR-RS = Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale-Reassuring Self; FSCSR-IS= Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale-Inadequate Self; FSCSR-HS= Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale-Hating Self; M=Mean; SD= Standaard deviatie
 * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$



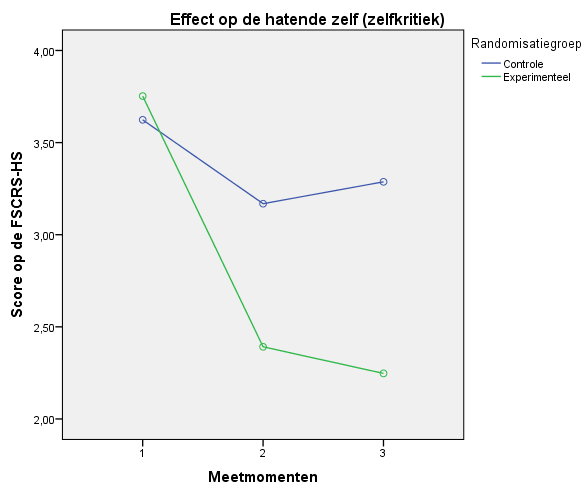
Figuur 3. Effect van de interventie op angstklachten



Figuur 4. Effect van de interventie op de geruststellende zelf (zelfcompassie)



Figuur 5. Effect van de interventie op inadequate zelf (zelfkritiek)



Figuur 6. Effect van de interventie op hatende zelf (zelfkritiek)

Dezelfde resultaten werden gevonden wanneer er werd gecontroleerd voor geslacht. Dit houdt in dat ondanks een grotere vertegenwoordiging van vrouwen in deze studie, dit geen invloed heeft gehad op de effecten van de interventie. Op basis van bovenstaande resultaten wordt de eerste hypothese; *'de CFT-interventie leidt tot een significante afname van angstklachten, de inadequate zelf en de hatende zelf en een significante toename van de geruststellende zelf, in vergelijking met respondenten in de controlegroep na drie en na zes maanden'* geaccepteerd.

3.2. Mediatie effect van de geruststellende zelf, inadequate zelf en hatende zelf op angstklachten

3.2.1. Simpele mediatie analyses

Tabel 3 laat de resultaten van de simpele mediatie analyses zien. Wanneer de zelfhulpinterventie wordt vergeleken met de controlegroep, dan wordt een significant mediatie effect gevonden op de geruststellende zelf en de inadequate zelf. Het totaal effect van de interventie: $B = 1.43$, $t(196) = 3.42$, $p < 0.001$.

Tabel 3. *Uitkomsten van de simpele mediatie analyse*

	C'-pad	a-pad	b-pad	Bootstrap resultaten voor indirect effecten (95% CI)		
				ab	Lower	Upper
Interventie vs. controle						
Geruststellende zelf	0,92*	2,53***	0.20***	0,51**	0,21	0,92
Inadequate zelf	1,19**	-2,77***	-0,08*	0,23*	0,03	0,58
Hatende zelf	1,34**	-0,86*	-0,11	0,10	-0,04	0,41

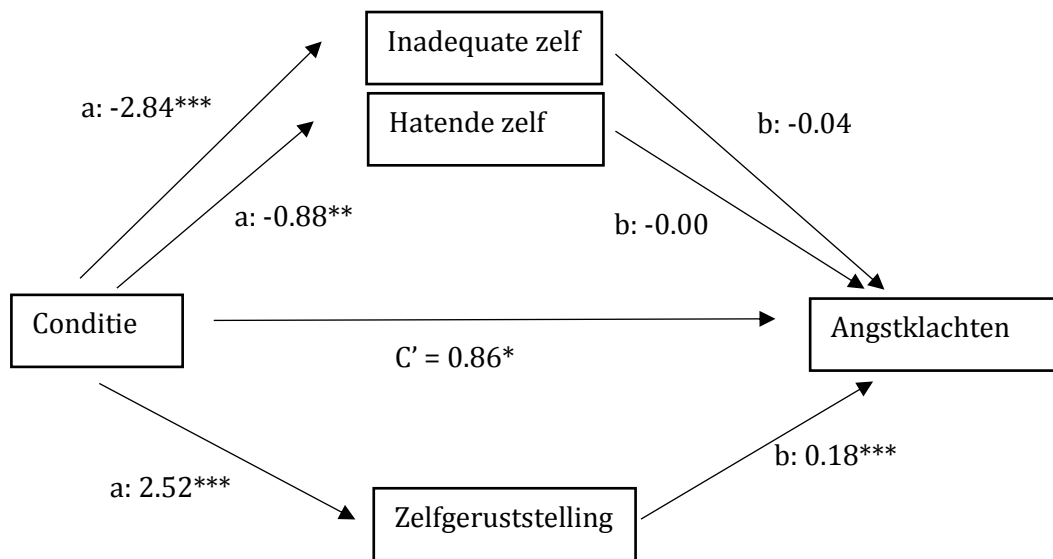
* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

De mediatieanalyse laat zien dat er een significante relatie is tussen de conditie en de verschillende uitkomstmaten – geruststellende, inadequate en hatende zelf – op meetmoment 1. Ook is er een significante relatie tussen de geruststellende en inadequate zelf en de mate van angstklachten op meetmoment 2 (zie Tabel 3). De bootstrap resultaten lieten een significant indirect effect ($a*b$) zien van zelfgeruststelling en de inadequate zelf op angstklachten. Hieruit blijkt dat het effect van de CFT-interventie op angstklachten op meetmoment 2 gedeeltelijk wordt gemedieerd door zelfgeruststelling en de inadequate zelf op meetmoment 1. Op basis van deze resultaten worden hypothese twee: *'het effect van de CFT-interventie op angstklachten wordt gemedieerd door zelfgeruststelling'* en drie: *'het effect van de CFT-interventie op angstklachten wordt gemedieerd door een verminderde mate van de inadequate zelf'* geaccepteerd.

Wanneer er wordt gekeken naar de hatende zelf, dan laat de mediatie analyse een niet significant indirect effect ($a*b$) op angstklachten zien. Hieruit volgt dat het effect van de interventie op angstklachten op meetmoment 2 niet wordt gemedieerd door de hatende zelf op meetmoment 1. Op basis van deze resultaten wordt hypothese vier: *'het effect van de CFT-interventie op angstklachten wordt gemedieerd door een verminderde mate van de hatende zelf'* verworpen.

3.2.2. Gecombineerde mediatie analyse

Wanneer alle mediators tegelijk in het model worden toegevoegd, blijkt één procesvariabele een significante mediator op het effect van angstklachten te zijn, te weten zelfgeruststelling (indirect effect: $\beta = 0.46$, 95% CI 0.15 tot 0.89). De inadequate zelf en de hatende zelf zijn niet significant (indirect effect inadequate zelf: $\beta = 0.11$, 95% CI -0.15 tot 0.48; indirect effect hatende zelf: $\beta = 0.00$, 95% CI -0.21 tot 0.26). In Figuur 7 kunnen de resultaten van de gecombineerde mediatie analyse worden gevonden.



Figuur 7. Gecombineerde mediatieanalyse op angstklachten.

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

4. Discussie

4.1. Discussie

Eerder onderzoek toont aan dat zelfcompassie een goede voorspeller is in het verbeteren van psychische klachten of het verhogen van welbevinden (Raes, 2011; MacBeth & Gumley, 2012; Zessin, Dickhäuser, & Garbade, 2015). In deze studie is onderzocht of de Compassion Focused Therapy zelfhulpinterventie 'Compassie als sleutel tot geluk, voorbij stress en zelfkritiek' effectief is in het reduceren van angstklachten en of dit effect wordt beïnvloed door de mediators geruststellende zelf, inadequate zelf of hatende zelf. De resultaten van dit onderzoek bevestigen dat de zelfhulpinterventie effectief is voor het reduceren van angstklachten in vergelijking met de controlegroep na drie en zes maanden.

Deze effecten kunnen mogelijk worden verklaard door resultaten van de mediatieanalyses; de enkelvoudige mediatieanalyse laat bij zowel zelfgeruststelling als de inadequate zelf een significant mediatie effect zien. Wanneer echter naar de multiple mediatieanalyse wordt gekeken, laat alleen zelfgeruststelling nog een significant mediatie effect zien. In de volgende paragrafen worden deze resultaten verder beschreven.

4.1.1. Afname angstklachten

Deelnemers die de CFT-zelfhulpinterventie hebben doorlopen, laten een significante afname in angstklachten zien in vergelijking met mensen in de controlegroep. Dit sluit aan bij onderzoek van onder andere Judge en collega's (2012), die vonden dat angstklachten bij een klinische populatie significant verminderden nadat respondenten een CFT-interventie hadden gevolgd.

McEwan en Gilbert (2016) hebben de effecten van compassie verbeeldingsoefeningen op angstklachten onderzocht in een niet klinische populatie. De deelnemers van het onderzoek deden elke dag, 5 minuten, online compassie verbeeldingsoefeningen over een periode van twee weken. Daarnaast vulden de deelnemers wekelijks een dagboek in. Uit het onderzoek werd een verlaging van angstklachten gevonden op korte en lange termijn (na zes maanden). Dat komt overeen met het huidige onderzoek.

Een verklaring voor het afnemen van angstklachten door middel van de CFT-interventie is dat de zelfhulpinterventie de balans stimuleert tussen de drie regelsystemen en de activatie van het kalmeringssysteem. Dit sluit aan bij eerder onderzoek waarin werd bevonden dat activatie van het kalmeringssysteem belangrijk is bij de behandeling van angstklachten (Leaviss & Uttley, 2015; Gilbert, 2014, Rockliff et al. 2008). Wanneer het kalmeringssysteem wordt geactiveerd, voelt men geen dreiging, waardoor men zich veiliger voelt en waardoor angstklachten zullen reduceren. Door het stimuleren van het kalmeringssysteem worden de andere twee emotionele systemen, het jaagsysteem en het beschermingssysteem, minder actief. Langdurige overactiviteit

van deze regelsystemen, zonder voldoende momenten van tevredenheid, kalmte en ontspanning, kunnen leiden tot ongezonde gevoelens zoals zelfkritiek (Gilbert, 2009).

Naast een significante afname van angstklachten, blijkt uit de resultaten van dit onderzoek dat respondenten significant meer zelfgeruststelling ervoeren na het doorlopen van de CFT-zelfhulpinterventie. Ook blijkt dat respondenten een significant mindere mate van de inadequate en hatende zelf ondervonden na het doorlopen van de interventie. De effectgroottes van deze resultaten zijn echter klein, gemeten zes maanden na de baselinemeting ($d = 0.35 - 0.49$). Dit komt niet overeen met een studie van Kirby, Tellegen & Steindl, (2017). In die studie, waarbij op compassie gebaseerde interventies werden onderzocht bij een klinische populatie, zijn de volgende effectgroottes gemeten: zelfcompassie $d = 0.70$ en angstklachten $d = 0.49$. Een verklaring voor de kleinere effectgroottes in de huidige studie is dat de respondenten bestaan uit een niet klinische populatie. Hierdoor ervaren de deelnemers van het huidige onderzoek op de baselinemeting in mindere mate angstklachten dan wanneer het deelnemers uit een klinische populatie zou betreffen. De effecten van de interventie kunnen in een klinische populatie wellicht groter zijn omdat hier meer ruimte tot verbetering mogelijk is wanneer de interventie aanslaat. Een andere verklaring voor het verschil in gevonden effectgroottes kan zijn dat de condities van het toepassen van een interventie bij een klinische populatie anders zijn dan bij een niet-klinische populatie. Een zelfhulpinterventie, zoals gebruikt in het huidige onderzoek, is minder aannemelijk om te worden gebruikt bij een klinische populatie waarbij vaak een therapeut de interventie aanbiedt (Leaviss & Uttley, 2015).

4.1.2 Mediatie effecten

Naast een analyse van de verbetering van de uitkomstmaten, is er in dit onderzoek gekeken naar de vraag of deze verbetering werd gemedieerd door zelfgeruststelling, inadequate zelf en/of de hatende zelf. Opvallend hierbij is dat bij de enkelvoudige mediatieanalyse zowel zelfgeruststelling als de inadequate zelf een significant mediatie effect lieten zien, maar dat bij de multiple mediatieanalyse alleen zelfgeruststelling als een significant mediatie effect overblijft. Dat de inadequate zelf fungeert als een gedeeltelijke mediator in de enkelvoudige mediatieanalyse kan worden verklaard doordat de CFT-zelfhulpinterventie effect heeft op het reduceren van de interne schaamte en zelfkritiek van de respondenten (Braehler et al., 2013). Dankzij de CFT-zelfhulpinterventie is er minder nadruk komen te liggen op tekortkomingen en zichzelf onvoldoende vinden. Dit sluit aan bij onderzoek van Gilbert & Procter (2006) waarin zij concluderen dat zelfkritiek in de vorm van de inadequate zelf ontstaat door interne schaamte.

Echter, bij de multiple mediatieanalyse blijkt dat de alleen de geruststellende zelf fungeert als significante mediator zoals hierboven aangegeven. Een mogelijke hiervoor is dat dankzij de CFT-interventie mensen meer vriendelijke en geruststellende gedachten hebben als tegenhanger

van zelfkritiek zoals de inadequate zelf (Judge et al., 2012). Mogelijk wordt door het verhogen van zelfgeruststelling de inadequate zelf al beïnvloed zonder dat er specifiek wordt gefocust op de inadequate zelf. Zelfgeruststelling zorgt er namelijk voor dat iemand zichzelf minder naar beneden haalt, een minder gevoel van falen ervaart en dat hij of zij zichzelf probeert gerust te stellen, zodat beter kan worden omgegaan met negatieve gevoelens (zoals de inadequate zelf). Dit komt overeen met eerder onderzoek, waaruit blijkt dat een hogere mate van zelfcompassie leidt tot een mindere mate van angst voor de positieve of negatieve beoordeling van anderen (Werner, Goldin, Ball, Heimberg & Gross, 2011).

Ten slotte blijkt uit de resultaten van dit onderzoek dat de hatende zelf niet fungeert als mediator, zowel in de enkelvoudige als de multiple mediatieanalyse niet. Dit komt niet overeen met een eerdere studie van Shahar en collega's (2015). Zij vonden dat mensen die op een harde, minachtende en vijandige manier tegen zichzelf praten, gevoelens van angst ontwikkelen. Een mogelijke verklaring voor dit verschil is dat de respondenten van het huidige onderzoek uit een niet-klinische populatie bestonden. Uit eerder onderzoek is namelijk gebleken dat de hatende zelf vaker voorkomt bij mensen met bijvoorbeeld een depressie of een persoonlijkheidsstoornis (Gilbert et al., 2004); een populatie die is uitgesloten van het huidige onderzoek.

Concluderend kan worden gesteld dat CFT een effectieve behandeling is om zelfgeruststelling te vergroten en dat zelfgeruststelling een positief mediërend effect heeft op de relatie tussen CFT en het reduceren van angstklachten. De gedachten van mensen met een sterke mate van zelfcompassie zijn vriendelijker en mensen kunnen angstklachten beter accepteren en ondergaan (Gilbert, 2014; Neff, 2003; Judge et al., 2012).

4.2. Sterke punten en limitaties

Er is nog maar weinig onderzoek gedaan naar de effecten van CFT op angstklachten met een RCT-onderzoeksopzet (Leaviss en Uttley, 2015; Kirby (2016). Veel onderzoeken gaan over de effecten van CFT op welbevinden of depressie (Kelly et al. 2010; Shapira & Mongrain, 2010 en Braehler et al., 2013). Het is daarom een sterk punt van deze studie dat er wordt gefocust op angstklachten. Een ander sterk punt van dit onderzoek is dat er op lange termijn metingen hebben plaatsgevonden. Volgens Leaviss en Uttley (2015) kijken veel onderzoeken alleen naar de gevolgen op de korte termijn en mist er onderzoek naar de effecten van CFT op de lange termijn (6 maanden).

De studie kent ook een aantal beperkingen. De steekproef van de huidige studie is geen representatieve afspiegeling van de Nederlandse populatie. Zo is het merendeel van de respondenten vrouw (75%) en hoger opgeleid (88,4%). Ten eerste kan de ongelijke verdeling tussen mannen en vrouwen worden gezien als een limitatie van dit onderzoek. In de Nederlandse populatie is de verdeling tussen mannen en vrouwen ongeveer 50/50 (CBS, 2017). Echter,

angststoornissen komen vaker voor bij vrouwen (NEMESIS-2, De Graaf, ten Have, van Dosselaer, 2010). Wellicht heeft de wervingsadvertentie met oproep tot deelname voor het huidige onderzoek daarom voornamelijk vrouwen geïnteresseerd. Daarentegen wijst de NEMESIS-2 (2010) uit dat angststoornissen minder vaak voorkomen bij hoger opgeleiden (met uitzondering van een sociale fobie). Dat de steekproef van het huidige onderzoek uit meer hoger opgeleiden bestaat, kan gezien worden als limitatie van dit onderzoek. Een verklaring hiervoor kan zijn dat respondenten zijn geworven via landelijke dagbladen. Uit onderzoek is gebleken dat hoger opgeleiden meer landelijke dagbladen lezen dan lager opgeleiden (SCP, 2010). Dat de steekproef minder representatief is voor de Nederlandse bevolking kan betekenen dat de CFT-interventie voor mannen en lager opgeleiden mogelijk minder effectief blijkt.

Een tweede limitatie van dit onderzoek is dat er slechts twee meetmomenten zijn; op drie maanden (T1) en op zes maanden (T2) na de interventie. Daarmee is gedurende het doorlopen van de interventie niet wekelijks gemeten in hoeverre de angstklachten, de geruststellende zelf, inadequate zelf en de hatende zelf zijn toegenomen of afgenomen. Hierdoor is het niet mogelijk om te analyseren of een bepaalde uitkomstmaat sneller verbeterd dan andere uitkomstmaten en of de uitkomstmaten elkaar hebben beïnvloed. Dit zou opgelost kunnen worden door gedurende het doorlopen van de interventie wekelijkse korte meetmomenten in te bouwen.

Een derde limitatie van het onderzoek is dat de betrouwbaarheid van de hatende zelf subschaal op de baseline-meting (T0) aan de lage kant is ($\alpha=0.65$) wanneer je dit vergelijkt met de geruststellende zelf ($\alpha=0.80$) inadequate zelf ($\alpha=0.84$) op T0. Uit de betrouwbaarheidsanalyse blijkt dat het verwijderen van een bepaald item de betrouwbaarheid van de subschaal niet verbeterd. Door deze lage betrouwbaarheid op de baseline-meting kan niet met zekerheid het beginpunt van de hatende zelf worden bepaald. Hierdoor is het moeilijk om de gevonden effecten drie en zes maanden na de interventie, te interpreteren. De reden waarom de subschaal wel is gebruikt in het huidige onderzoek, is omdat in onderzoek van Gilbert en collega's (2004) een betrouwbaarheid van $\alpha=0.86$ op de hatende zelf is gevonden. Een mogelijke verklaring voor deze verschillen is dat in onderzoek van Gilbert en collega's een meer homogene respondentengroep, vrouwelijke psychologie studenten, de vragenlijst heeft ingevuld.

4.3. Aanbevelingen

Dit onderzoek kent ook een aantal aanbevelingen voor vervolgonderzoek naar de effecten van CFT op angstklachten.

Een eerste aanbeveling is om te onderzoeken hoe mediators zich tot elkaar verhouden en of er mogelijk sprake is van andere mediators die effecten op angstklachten laten zien. Zo heeft eerder onderzoek aangetoond dat bij zelfkritiek negatieve emoties naar boven komen zoals

verdriet of schaamte (Whelton, 2005). Er kan in vervolgonderzoek worden onderzocht of deze negatieve emoties ook een mediator vormen en hoe deze zich tot zelfkritiek verhoudt.

Een tweede aanbeveling zou zijn om de effecten van de behandeling meerdere jaren na de interventie te onderzoeken. In dit onderzoek is gekeken naar het effect na drie maanden en na zes maanden, maar de vraag is of de effecten jaren na de interventie behouden zijn. In andere studies is aangetoond dat angstklachten blijven bestaan door de mate van zelfkritiek die mensen ervaren (Gilbert & Procter, 2006, Boersma et al., 2015). Het is daarom mogelijk dat na het verstrijken van langere tijd, deze zelfkritiek en daarmee de angstklachten weer terug zijn gekomen.

Daartegenover staat dat zelf-compassie juist een bescherming biedt tegen psychopathologie en daarmee emotionele veerkracht in stand houdt (Leary, Tate et al., 2007). Vervolgonderzoek kan bestuderen wat de langetermijneffecten van zelfcompassie zijn en hoe deze de mate van angstklachten mogelijk nog meer hebben gereduceerd jaren na de interventie. Tevens is het mogelijk dat de effecten niet tijdens, maar pas na de interventie zijn ontstaan. Vervolgonderzoek zou gedurende de interventie wekelijkse meetmomenten in kunnen bouwen om te onderzoeken wat de effecten na elke interventieweek zijn en hoe de mediators zich ontwikkelen.

4.4. Conclusie en praktische implicatie

Concluderend wijzen de resultaten van dit huidige onderzoek erop dat de CFT-zelfhulpinterventie 'Compassie als sleutel tot geluk, voorbij stress en zelfkritiek' effectief is op het verbeteren van alle uitkomstmaten bij een niet-klinische populatie in vergelijking met de controlegroep na drie en zes maanden na de interventie. Daarnaast is gevonden dat de effectiviteit van de interventie kan worden verklaard door zelfgeruststelling.

5. Referenties

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.

Ashworth, F., Gracey, F., & Gilbert, P. (2011). Compassion focused therapy after traumatic brain injury: Theoretical foundations and a case illustration. *Brain Impairment*, 12(2), 128-139.

Beaumont E.A., Galpin, A.J., Jenkins, P.E. (2012). Being kinder to myself: A prospective comparative study, exploring post-trauma therapy outcome measures, for two groups of clients, receiving either cognitive behaviour therapy or cognitive behaviour therapy and compassionate mind training. *Counseling Psychology Review*, 27, 31-43.

Blascovich J, Katkin. (1993). *Cardiovascular reactivity to psychological stress and disease*. Washington, DC, United States: American Psychological Association.

Boersma, K., Håkanson, 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.

Bögels, S. M., & Van Oppen, P. (Eds.). (2015). *Cognitieve therapie: theorie en praktijk*. Bohn Stafleu van Loghum.

Bohlmeijer, E., Westerhof, G., Bolier, L., Steeneveld, M., Geurts, M., & Walburg, J. A. (2013). Over de betekenis van de positieve psychologie: Welbevinden: van bijzaak naar hoofdzaak? *De Psycholoog*, 11, 48-59.

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.

Brown, T. A., Barlow, D. H., & Liebowitz, M. R. (1994). The empirical basis of generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1272-1280.

- Carver, C. S., & White, T. L. (1994). Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: The BIS/BAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(2), 319.
- Centraal Bureau voor Statistiek (2015, 4 december). *Relatief veel geld aan zorg voor psychische en gedragsstoornissen*. Geraadpleegd op 29 juli van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2015/49/relatief-veel-geld-aan-zorg-voor-psychische-en-gedragsstoornissen>.
- Centraal Bureau voor Statistiek (2017, 1 november). *Bevolking; kerncijfers*. Geraadpleegd op 5 november van [http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?PA=37296ned&D1=a&D2=0,10,20,30,40,50,60,\(1-1\),1&HDR=G1&STB=T](http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?PA=37296ned&D1=a&D2=0,10,20,30,40,50,60,(1-1),1&HDR=G1&STB=T)
- Crawford, J. R., Henry, J. D., Crombie, C., & Taylor, E. P. (2001). Normative data for the HADS from a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 40(4), 429-434.
- Dissabandara, L. O., Loxton, N. J., Dias, S. R., Daghli, M., & Stadlin, A. (2012). Testing the fear and anxiety distinction in the BIS/BAS scales in community and heroin-dependent samples. *Personality and Individual Differences*, 52(8), 888-892.
- Emmelkamp, P., Bouman, T., Visser, S. (2009). *Angststoornissen en hypochondrie. Diagnostiek en behandeling*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Frijda, N. (1983). *The Emotions*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Gilbert, P. (1993). Defence and safety: Their function in social behaviour and psychopathology. *British Journal of Clinical Psychology*, 32(2), 131-153.
- Gilbert, P. & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353-379.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*, 263-325.

Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment, 15*(3), 199-208.

Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology, 53*, 6-41.

Gilbert, P., Clark, M., Hempel, S., Miles, J.N.V. & Irons, C. (2004) Criticising and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology, 43*, 31-50.

De Graaf, R., Ten Have, M., & van Dorsselaer, S. (2010). De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. *Nemesis-2: Opzet en eerste resultaten, Trimbos-Instituut, Utrecht*.

Gray, J. A. (1990). Brain systems that mediate both emotion and cognition. *Cognition & Emotion, 4*(3), 269-288.

Hassink-Franke, L., Terluin, B., Van Heest, F., Hekman, J., Van Marwijk, H., & Van Avendonk, M. (2012). NHG-Standaard Angst (tweede herziening). *Huisarts Wet, 2*, 68-77.

Hulsbergen, M., Bohlmeijer, E. (2015). *Compassie als sleutel tot geluk, voorbij stress en zelfkritiek*. Amsterdam, Nederland: Boom uitgeverij.

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*, 420-429.

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*, 727-755.

Kemeny, M. E., Foltz, C., Cavanagh, J. F., Cullen, M., Giese-Davis, J., Jennings, P., ... & Ekman, P. (2012). Contemplative/emotion training reduces negative emotional behavior and promotes prosocial responses. *Emotion, 12*(2), 338.

Keyes, C.L.M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior, 43*(2), 207-222.

- Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Steindl, S. R. (2017). A Meta-Analysis of Compassion-Based Interventions: Current State of Knowledge and Future Directions. *Behavior Therapy, 48* (6), 778-792.
- 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
- 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*(5), 887.
- Leaviss, J., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological medicine, 45*(5), 927-945.
- Longe, O., Maratos, F. A., Gilbert, P., Evans, G., & Volker, F. (2010). Having a word with yourself: Neural correlates of self-criticism and self-reassurance. *Neuroimage, 49*, 1849–1856.
- MacBeth A, Gumley A (2012). Exploring compassion: a meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review 32*, 545–552.
- 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* (2), 239-245.
- Mykletun, A., Stordal, E., & Dahl, A. A. (2001). Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale: factor structure, item analyses and internal consistency in a large population. *The British Journal of Psychiatry, 179*(6), 540-544.
- Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity, 2*(2), 85-101.
- Neff, K.D., Kirkpatrick, K.L. & Rude, S.S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality 41*, 139–154.

Neff, K.D. & McGehee P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity* 9, 225-240.

Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of clinical psychology*, 69(1), 28-44.

Nesse, R. M. (1994). Fear and fitness: An evolutionary analysis of anxiety disorders. *Ethology and Sociobiology*, 15(5-6), 247-261.

Pauley, G., & McPherson, S. (2010). The experience and meaning of compassion and self-compassion for individuals with depression or anxiety. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(2), 129-143.

Pier, C., Austin, D. W., Klein, B., Mitchell, J., Schattner, P., Ciechomski, L., ... & Wade, V. (2008). A controlled trial of internet-based cognitive-behavioural therapy for panic disorder with face-to-face support from a general practitioner or email support from a psychologist. *Mental health in family medicine*, 5(1), 29-39

Raes, F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 48(6), 757-761.

Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the self-compassion scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(3), 250-255.

Rector NA, Bagby RM, Segal ZV, et al. (2000) Self-criticism and dependency in depressed patients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy. *Cognitive Therapy and Research*; 24: 571-84.

Rockliff, H., Gilbert, P., & McEwan, K. (2008). A pilot exploration of heart rate variability and salivary cortisol responses to compassion-focused imagery. *Clinical Neuropsychiatry*, 5(3), 132-139.

Rubin, T.I. (1998). *Compassion and Self-Hate. An alternative to despair*. NY: New York. Touchstone

- Salkovskis, P. M. (1991). The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: A cognitive account. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 19(1), 6-19.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2010, 24 februari). *Kranten bereiken jongere lezers nauwelijks. Ouders, hun kinderen en de krant*. Geraadpleegd op 30 november van https://www.scp.nl/Onderzoek/Tijdsbesteding_2006_t_m_2010/Hoe_lang_en_hoe_vaak/Vrije_tijd/Media/Gedrukte_media/Kranten
- Shahar, B., Szepsenwol, 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.
- 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.
- Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of clinical psychology*, 65(5), 467-487.
- Snaith, R. P. (2003). The hospital anxiety and depression scale. *Health and quality of life outcomes*, 1(1), 29.
- Spinhoven, P. H., Ormel, J., Sloekers, P. P. A., Kempen, G. I. J. M., Speckens, A. E. M., & Van Hemert, A. 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.
- van Balkom, T., Gabriels, L., & van den Heuvel, O. (2015). Angst, obsessievecompulsieve stoornis en trauma. *TBV-Tijdschrift voor Bedrijfs-en Verzekeringsgeneeskunde*, 23(10), 459-462.
- Van Dam N.T., Sheppard S.C., Forsyth J.P. & Earleywine M. (2011). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 123-130.
- Werner, K. H., Goldin, P. R., Ball, T. M., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2011). Assessing emotion regulation in social anxiety disorder: The emotion regulation interview. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(3), 346-354.

Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. (2008). Geestelijke gezondheid is meer dan de afwezigheid van geestelijke ziekte. *MGV-Maandblad geestelijke volksgezondheid*, *63*(10), 808-820.

Whelton, W. J., & Greenberg, L. S. (2005). Emotion in self-criticism. *Personality and individual differences*, *38*(7), 1583-1595.

Zessin, U., Dickhäuser, O., & Garbade, S. (2015). The Relationship Between Self-Compassion and Well-Being: A Meta-Analysis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, *7*(3), 340-364

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