



# HET MODEREREND EFFECT VAN ZELFKRITIEK OP DE RELATIE TUSSEN NEGATIEVE DAGELIJKSE ERVARINGEN EN DE GEESTELIJKE GEZONDHEID

The moderating effect of self-criticism on the  
relation between negative life events and  
mental health

CLARA J. BERENBRINKER  
M.SC. THESIS POSITIEVE PSYCHOLOGIE EN TECHNOLOGIE

Begeleiders:  
Dr. M. Radstaak  
Dr. H.R. Trompetter

Vakgroep Psychologie, Gezondheid en Technologie  
Faculteit Behavioural, Management and Social Sciences  
Universiteit Twente  
P.O. Box 217  
7500 AE Enschede  
Nederland

21 MAART  
2017

## Abstract

**Objective:** Depression is a common psychopathological disorder, which can be caused by several factors. Previous studies made clear that negative life events and self-criticism form vulnerabilities for developing a depression. Although much is known about risk factors of developing a depression, there is little information about vulnerabilities of mental well-being. This study researched whether negative life events are also a risk factor for mental well-being and whether the effect of negative life events on depression and mental well-being changes as an individual is more self-critical. It is hypothesized (1) that negative life events have a negative impact on depression, (2) respectively mental well-being, and (3) that self-criticism has a moderating effect on the association between negative life events and depression, (4) respectively mental well-being.

**Methods:** Participants of this study consisted of 329 people from the general Dutch population. The participants filled in an online survey, consisting of several questionnaires on the amount of self-criticism (FSCRS), mental well-being (MHC-SF), the level of depression (HADS-D) and the experienced negative life events (SRLE) of an individual.

**Results:** The results showed a significant positive correlation between negative life events and depression ( $r = .57$ ) and a significant negative relation between negative life events and mental well-being ( $r = -.40$ ). Self-criticism showed a moderating effect on the association between negative life events and the amount of depression ( $\beta = .05$ ). Furthermore, it was found that self-criticism does not moderate the association between negative life events and mental well-being ( $\beta = -.01$ ).

**Conclusion:** This study showed that the severity of depression is higher and mental well-being is weaker if someone experiences more negative life events. These negative events were found to have a greater influence on the amount of depression when an individual is more self-critical. On mental-well-being, negative life events were found to have no greater influence in self-critical individuals. The study made clear how important it is for people suffering from depression to deal with self-criticism and negative experiences in practice.

**Key Words:** Self-criticism, Negative life events, Depression, Mental well-being, Moderation

## Samenvatting

**Doel:** Depressie is een veel voorkomende psychopathologische stoornis, die door verschillende factoren veroorzaakt kan worden. Eerdere onderzoeken maakten duidelijk dat negatieve dagelijkse ervaringen en zelfkritiek kwetsbaarheden voor het ontwikkelen van een depressie vormen. Alhoewel er al veel bekend is over risicofactoren voor het ontstaan van een depressie, zijn er weinig informatie te vinden over kwetsbaarheden van het welbevinden van een individu. Huidig onderzoek zou duidelijk maken of negatieve dagelijkse ervaringen ook een risicofactor vormen voor het welbevinden en of het invloed van negatieve dagelijkse ervaringen op de mate van depressie en het welbevinden verandert naarmate een individu zelfkritischer is. Het werd verwacht dat (1) negatieve dagelijkse ervaringen een negatieve invloed hebben op de mate van depressie, (2) respectievelijk het welbevinden van een individu, en (3) dat zelfkritiek een modererende invloed heeft op de associatie tussen negatieve dagelijkse ervaringen en de mate van depressie, (4) respectievelijk het welbevinden.

**Methode:** Deelnemers aan de studie waren 329 participanten uit de algemene Nederlandse bevolking. De participanten hebben een online survey ingevuld, bestaand uit verschillende vragenlijsten over de mate van zelfkritiek (FSCRS), het welbevinden (MHC-SF), de mate van depressie (HADS-D) en het meemaken van negatieve dagelijkse ervaringen (SRLE) bij een individu.

**Resultaten:** Uit de resultaten bleek een significant positieve correlatie tussen negatieve dagelijkse ervaringen en de mate van depressie ( $r = .57$ ) en een significant negatieve samenhang tussen negatieve dagelijkse ervaringen en welbevinden ( $r = -.40$ ). Zelfkritiek bleek een modererende rol te spelen op de associatie tussen negatieve dagelijkse ervaringen en de mate van depressie ( $\beta = .05$ ). Verder werd duidelijk dat zelfkritiek geen moderator is op de associatie tussen negatieve dagelijkse ervaringen en welbevinden ( $\beta = -.01$ ).

**Conclusie:** Het onderzoek liet zien dat de mate van depressie hoger en het welbevinden lager is wanneer iemand vaker negatieve dagelijkse gebeurtenissen ervaart. Deze negatieve gebeurtenissen bleken een groter invloed te hebben op de mate van depressie naarmate een individu zelfkritischer is. Op het welbevinden bleken negatieve dagelijkse ervaringen geen groter effect te hebben bij zelfkritische individuen. Het onderzoek maakte duidelijk hoe belangrijk het voor mensen met depressieve symptomen is, om zelfkritiek en het omgaan met negatieve gebeurtenissen in de praktijk aan te pakken.

**Sleutelwoorden:** Zelfkritiek, Negatieve dagelijkse ervaringen, Welbevinden, Depressie, Moderatie

# Inhoudsopgave

<b>1. Inleiding</b> .....	<b>1</b>
<b>2. Methode</b> .....	<b>7</b>
2.1. Participanten.....	7
2.2. Design en procedure.....	8
2.3. Materiaal.....	9
2.3.1. <i>Zelfkritiek</i> .....	9
2.3.2. <i>Dagelijkse ervaringen</i> .....	10
2.3.3. <i>Welbevinden</i> .....	11
2.3.4. <i>Depressie</i> .....	11
2.4. Data analyse.....	12
<b>3. Resultaten</b> .....	<b>13</b>
3.1. Beschrijvende statistiek.....	13
3.2. Moderatie analyses.....	14
<b>4. Discussie</b> .....	<b>16</b>
4.1. Limitaties .....	19
4.2. Conclusie en aanbevelingen.....	21
<b>5. Referenties</b> .....	<b>22</b>

## 1. Inleiding

Zelfkritiek is een karaktereigenschap, waarover ieder individu meer of minder beschikt. Het kan gedefinieerd worden als een stabiele en relatief hardnekkige persoonlijkheidsstijl, gekenmerkt door een hoge mate van negatieve zelfevaluatie en streng zelfonderzoek (Blatt, 1995; Dunkley & Blankstein, 2000; Shafran, Cooper & Fairbun, 2002; Hermanto, 2016). Dit kan op twee verschillende manieren gebeuren: door vergelijkende zelfkritiek en geïnternaliseerde zelfkritiek. Vergelijkende zelfkritiek werd gedefinieerd als een negatief beeld van het zelf in vergelijking met anderen. De focus ligt hierbij op de ongunstige vergelijkingen met anderen, die als superieur en vijandig of kritisch beschouwd worden. Geïnternaliseerde zelfkritiek wordt daarentegen gedefinieerd door een negatieve visie op het zelf in vergelijkingen met interne, persoonlijke waarden. Deze waarden zijn onrealistisch hoog en worden steeds groter, waardoor het voor het individu onmogelijk wordt aan de eigen waarden te voldoen en een chronisch falen ontstaat. De focus ligt op de eigen visie op het zelf als ontoereikend (Thompson & Zuroff, 2004). Zelfkritische mensen ervaren sterke gevoelens van minderwaardigheid, schuld, waardeloosheid en falen om te voldoen aan de eigen en externe eisen en leggen een sterke focus op succes. Ze hebben grote angst voor afkeuring, kritiek en afwijzing door anderen (Blatt, D’Afflitti & Quinlan, 1976). Volgens Gilbert, Clarke, Hempel, Miles, en Irons (2004) kan zelfkritiek verschillende functies hebben. Het kan het gevolg zijn van de inspanningen om het zelf te verbeteren en zijn eisen te onderhouden of van de inspanningen om zichzelf te straffen, denigreren en vernietigen.

Uit verschillende onderzoeken bleek dat zelfkritiek invloed heeft op de geestelijke gezondheid en de aanwezigheid van psychopathologie bij een individu. Yamaguchi, Kim en Akutsu (2014) stellen dat een hoge mate van zelfkritiek leidt tot een slechtere geestelijke gezondheid en een lager welbevinden. Het is aangetoond dat zelfkritiek, op grond van zijn motivationele, cognitieve en interpersoonlijke kenmerken, een kwetsbaarheidsfactor is voor psychopathologie, in het bijzonder voor depressie (Blatt, 2004; Blatt & Zuroff, 1992; Gilbert & Irons, 2005; Luyten & Blatt, 2013; Nietzel & Harris, 1990; Zuroff, Santor & Mongrain, 2005). Het werd gesteld dat zelfkritiek een kwetsbaarheidsfactor voor het ontwikkelen van een depressie is op basis van verschillende mechanismen, zoals onder andere negatieve mentale representaties van zichzelf en anderen, beperkingen in affectregulatie, een pessimistische cognitieve stijl, geen steunende sociale relaties en het gevoel van nederlaag en tekortkomingen met betrekking tot de sociale rang (Blatt, 2004; Blatt & Homann, 1992; Gilbert, 2006; Gilbert & Irons, 2005; Zuroff, Santor & Mongrain, 2005). Uit deze

onderzoeken komt naar voren dat een hoge mate van zelfkritiek een negatieve invloed heeft op de geestelijke gezondheid.

Het wordt dus duidelijk dat zelfkritiek een belangrijke rol speelt in het ontwikkelen van een depressie. Er stelt zich de vraag of dit ook voor andere factoren van geestelijke gezondheid geldt. Hiervoor zou het belangrijk zijn om ten eerste te definiëren wat geestelijke gezondheid eigenlijk is. Binnen de geestelijke gezondheidszorg werd geestelijke gezondheid vaak gezien als het tegendeel van geestelijke ziektes, en werd aangenomen dat de afwezigheid van geestelijke ziektes automatisch leidt tot positieve geestelijke gezondheid (Keyes, 2005). Volgens het *two-continua model* (Keyes, 2005) zijn psychopathologie en positieve mentale gezondheid echter twee verschillende, maar gerelateerde continua. Het ene continuüm reflecteert de aan- of afwezigheid van geestelijke ziektes. Het andere continuüm reflecteert daarentegen de aan- of afwezigheid van positieve geestelijke gezondheid, ook welbevinden genoemd. Deze continua zijn matig gerelateerd. Dit betekent dat een individu, die vele psychopathologische symptomen ervaart, waarschijnlijk ook een laag welbevinden heeft, maar dat deze relatie niet perfect is. Individuen die last hebben van geestelijke ziektes, kunnen een relatief hoog welbevinden hebben. Eveneens betekent de afwezigheid van geestelijke ziektes niet in ieder geval dat een individu een hoge mate van welbevinden in zijn leven ervaart (Keyes, 2005). Met betrekking tot de geestelijke gezondheid blijkt dus dat het belangrijk is zowel de positieve geestelijke gezondheid, als ook de aan- of afwezigheid van geestelijke ziektes bij een individu in ogenschouw te nemen.

In lijn met het ene continuüm, de positieve geestelijke gezondheid, werd de geestelijke gezondheid door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) gedefinieerd als een toestand van welzijn waarin het individu zich bewust is van zijn of haar bekwaamheden, de gewone stress van het leven aankan, productief en succesvol kan werken, en in staat is een bijdrage te leveren aan zijn of haar gemeenschap. Deze definitie komt overeen met twee verschillende benaderingen van welbevinden: de hedonistische en eudemonistische (Deci & Ryan, 2008; Ryff & Keyes, 1995; Weich et al., 2011; Westerhoff & Keyes, 2010). De hedonistische benadering wordt in verband gebracht met een positief affect, een hoge mate aan energie en de afwezigheid van negatieve gevoelens (Deci & Ryan, 2008; Weich et al., 2011). Het kan gelijk gesteld worden aan emotioneel welbevinden (Keyes, 2011). Bij de eudemonistische benadering ligt de focus op het vermogen om betekenisvolle relaties met vrienden en de familie te houden en het leven op een uiterst bevredigende manier te voeren (Deci & Ryan, 2008; Weich et al., 2011). Deze benadering kan derhalve ook beschreven worden door het sociale en het psychologische welbevinden (Keyes, 2002). De

positieve geestelijke gezondheid kan worden gevormd door het emotionele, psychologische en sociale welbevinden samen (Keyes, 2005).

Het tweede continuüm, de aanwezigheid van psychopathologie, kan zich op veel verscheidende manieren uiten. Depressie is een veel voorkomende psychopathologische ziekte en de meest voorkomende van affectieve stoornissen, gezien door artsen in de eerstelijns gezondheidszorg (Blazer, Kessler, McGonagle & Swartz, 1994). Volgens een studie van het Trimbos-instituut (de Graaf, ten Have & van Dorsselaer, 2010) heeft 18.7% van de Nederlandse bevolking ooit in hun leven last van een depressie gehad. Mensen met een depressieve stoornis hebben volgens de classificatie van de DSM-V in eerste instantie last van somberheid en/of verlies van interesse en plezier in dagelijkse activiteiten voor ten minste twee weken. Dit gaat gepaard met een aantal andere klachten zoals slaapstoornissen, vermoeidheid, concentratieproblemen, besluiteloosheid, verminderde eetlust, weinig energie, traagheid, lichamelijke onrust, schuldgevoelens en bovenmatige gedachten over de dood of zelfdoding. Betrokkenen zijn door de klachten in hun dagelijks functioneren beperkt en ervaren psychisch lijden (American Psychiatric Association, 2013). Consequenties bij betrokkenen zijn vaak problemen uit bed te komen, het onvermogen zijn werkprestaties bij te houden en dus ook het risico hun werk te verliezen, het niet in staat zijn opdrachten en routines bij te houden, problemen in intieme relaties en het gebruik van drugs als copingstrategie (Parker, McCraw & Hadzi-Pavlovic, 2015; Rizvi et al., 2015; Simon, 2003). Vooral het sociaal functioneren werd negatief beïnvloed (Kessler et al., 2003). Kupferberg, Bicks en Hasler (2016) beschrijven tien vormen van sociale beperkingen, die bij de betrokkenen vaak optreden, onder andere sociale anhedonia (het verminderde interesse in sociale activiteiten), verhoogde gevoeligheid voor sociale afwijzing en disfunctionele sociale netwerken.

Om depressies te kunnen voorkomen en behandelen is het belangrijk kennis te hebben van mogelijke risicofactoren. Het ontwikkelen van een depressie kan door verschillende factoren veroorzaakt worden. Het werd al duidelijk dat zelfkritiek een kwetsbaarheidsfactor is voor het ontwikkelen van een depressie (onder andere Blatt, 2004; Luyten & Blatt, 2013). Een verdere veel onderzochte factor zijn negatieve dagelijkse ervaringen. Deze worden in de literatuur ook vaak als stressvolle dagelijkse ervaringen of stress betiteld. Negatieve dagelijkse ervaringen zijn gebeurtenissen, die kunnen leiden tot verstoringen van het dagelijkse leven, die men dan weer probeert aan te passen. Ze vereisen dus veranderingen in het dagelijkse leven (Holmes & Rahe, 1967). Financiële problemen, tijdsbeperkingen of sociale moeilijkheden zijn voorbeelden van negatieve dagelijkse ervaringen.

Uit verschillende onderzoeken bleek dat negatieve dagelijkse ervaringen een risicofactor voor het ontwikkelen van een depressie vormen. Verschillende onderzoekers (Brown & Harris, 1989; Kraaij et al., 2002; Mazure, 1998; Reyes-Rodríguez, Rivera-Medina, Cámara-Fuentes, Suárez-Torres & Bernal, 2013) stelden dat negatieve dagelijkse gebeurtenissen de prevalentie van depressieve symptomen verhogen. Dit wordt ook door verder onderzoek gesteund, uit welke bleek dat negatieve dagelijkse ervaringen een van de meest bekende risicofactoren voor depressies zijn (Brown, Harris & Petro, 1973; Dohrenwend & Dohrenwend, 1974). Volgens Brown en Harris (1978) is 80% van de gevallen van depressies het gevolg van negatieve dagelijkse gebeurtenissen en zijn deze stressoren bij depressieve patiënten 2.5 keer waarschijnlijker dan bij niet depressieve patiënten. Verder bleken ze een positieve correlatie met de zwaarte van depressies te hebben (Kendler, Karkowski & Prescott, 1998; Kendler, Karkowski & Prescott, 1999; Rice, Harold & Thapar, 2003). Alhoewel er veel onderzoek naar de relatie tussen negatieve dagelijkse ervaringen en psychopathologie is gedaan, is er nog heel weinig bekend over het effect op het andere continuüm van geestelijke gezondheid, het welbevinden.

Negatieve gebeurtenissen blijken dus risicofactoren te zijn, maar desondanks ontwikkelt niet iedereen een depressie die last van deze risicofactoren heeft. Maar hoe kan dat? Sommige mensen blijken door verschillende factoren kwetsbaarder te zijn dan anderen. Dit kan verklaard worden door diathesis-stress paradigma's. Volgens deze werd depressie voorspeld door stress, gemodereerd door kwetsbaarheidsfactoren (Hammen, 2015). Dit betekent dat het ontwikkelen van een depressie na het ervaren van bepaalde negatieve dagelijkse gebeurtenissen, afhankelijk is van de aanwezigheid van verschillende factoren. Er is al onderzoek gedaan naar het modererende effect van verschillende psychosociale, biologische en ontwikkelingsfactoren. Hammen, Henry en Daley (2000) hebben achterhaald dat jeugdtrauma's de associatie tussen negatieve dagelijkse ervaringen en het ontwikkelen van een depressie modereren. Deze bevinding werd gesteund door onderzoek van Bifulco, Bernazzani, Moran en Ball (2000), waaruit bleek dat misbruik en verwaarlozing tijdens de jeugd een modererend effect hebben, als een volwassene in hoge mate last heeft van negatieve dagelijkse ervaringen. Ook het geslacht speelt een rol. Verschillende onderzoekers (Sprangler, Simons, Monroe & Thase, 1996; Rudolph, 2002; Rudolph & Hammen, 1999) stelden dat vrouwen na stressvolle dagelijkse gebeurtenissen eerder een depressie ontwikkelen dan mannen, vooral als er sprake is van interpersoonlijke gebeurtenissen. Ten aanzien van psychologische factoren blijkt dat een piekerende reactiestijl een disfunctionele karaktertrek is, die een kwetsbaarheidsfactor voor deze associatie vormt (Nolen-Hoeksema, 2000). Verder

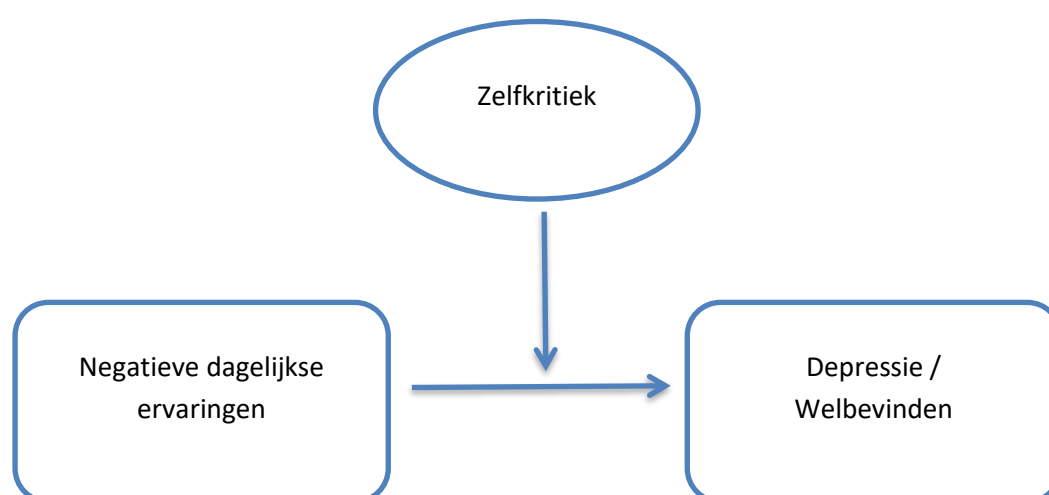


is ook de karaktertrek neuroticisme als moderator op deze associatie bekend (Griffith et al., 2010; Lahey, 2009). Deze beschrijft de tendens de wereld als gevaarlijk en bedreigend te interpreteren (Barlow, Ellard, Sauer-Zavala, Bullis & Carl, 2014). Lewinsohn, Joiner en Rohde (2001) hebben achterhaald dat disfunctionele attitudes een kwetsbaarheidsfactor vormen. Ze stelden verder dat interpersoonlijke kwetsbaarheid (attitudes en overtuigingen ten aanzien van zichzelf in relaties en belang van sociale verbondenheid) een moderator is bij negatieve dagelijkse ervaringen met interpersoonlijke inhoud. Er bestaat een groot aantal onderzoeken, die duidelijk maakten dat negatieve dagelijkse gebeurtenissen eerder tot het ontwikkelen van een depressie leiden wanneer er bij een individu sprake is van een laag zelfvertrouwen (Bifulco, Brown, Moran, Ball & Campbell, 1998; Brown, Andrews, Bifulco & Veiel, 1990; Brown & Harris, 1978; Harris et al., 2000).

Huidig onderzoek richt zich op de vraag of zelfkritiek een modererend effect op de associatie tussen negatieve dagelijkse ervaringen en geestelijke gezondheid heeft. Het onderzoek van Lewinsohn, Joiner en Rhode (2001) toonde al aan dat disfunctionele attitudes een modererend effect hebben op de associatie tussen negatieve dagelijkse ervaringen en depressie, maar het hield zich niet expliciet bezig met zelfkritiek. Omdat zelfkritiek een soort disfunctionele attitude is, is aan te nemen dat ook deze specifieke factor een moderator is tussen negatieve dagelijkse ervaringen en depressie, en op basis van het *two-continua model* ook op het welbevinden. Verder houdt de definitie van zelfkritiek (onder andere Thompson & Zuroff, 2004; Blatt, D'Afflitti & Quinlan, 1976) een neiging voor negatieve mentale representaties van zichzelf en anderen, een pessimistische cognitieve stijl en het ontbreken van steunende sociale relaties in. Ook op basis van deze kenmerken is aan te nemen dat het effect van negatieve dagelijkse ervaringen op de geestelijke gezondheid bij zelfkritische mensen versterkt wordt. Het lijkt logisch dat een individu die de neiging heeft zichzelf en anderen negatief te beoordelen, negatieve ervaringen kritischer zal bekijken als een individu die in het algemeen minder negatief over zichzelf en anderen denkt. Ook een pessimistische denkstijl zou de invloed van negatieve ervaringen waarschijnlijk versterken omdat de betrokkenen op grond van hun negatief denken negatieve situaties als erger beoordelen dan mensen met een positieve denkstijl. Door het ontbreken van steunende relaties zou de invloed van negatieve ervaringen bij zelfkritische mensen kunnen worden versterkt, omdat ze mogelijk geen 'vangnet' hebben dat hun in betreffende situaties hulp, steun, motivatie en positiviteit biedt.

Aan de hand van de literatuur worden verschillende vragen gesteld. De eerste vraag is, of negatieve dagelijkse ervaringen invloed hebben op de mate van depressie bij een individu.

Eerder onderzoek maakte duidelijk dat negatieve dagelijkse ervaringen een sterke risicofactor zijn voor het ontwikkelen van depressie (onder andere Brown & Harris, 1989; Kraaij et al., 2002; Mazure, 1998; Reyes-Rodríguez et al., 2013). Het is te verwachten dat ook huidig onderzoek dit resultaat laat zien. Daaruit resulteert de hypothese (1) dat de mate van depressie hoger wordt naarmate iemand meer last heeft van negatieve dagelijkse ervaringen. De tweede vraag is, of negatieve dagelijkse ervaringen invloed hebben op het welbevinden van een individu. Het *two-continua model* stelt dat psychopathologie en welbevinden twee gerelateerde continua zijn (Keyes, 2005). Als meer negatieve dagelijkse ervaringen de mate van psychopathologie verhogen (onder andere Brown & Harris, 1989), is dus te verwachten dat ze een negatieve invloed hebben op het welbevinden. Daaruit resulteert de hypothese (2) dat het welbevinden lager wordt naarmate iemand meer last heeft van negatieve dagelijkse ervaringen. De derde en vierde vraag zijn, of zelfkritiek een modererende invloed heeft op de associatie tussen dagelijkse ervaringen en de mate van depressie, respectievelijk het welbevinden. Uit eerder onderzoek bleek al dat disfunctionele attitudes een modererend effect hebben (Lewinsohn, Joiner & Rhode, 2001). Omdat zelfkritiek een specifieke soort disfunctionele attitude is, is te verwachten dat het effect van negatieve dagelijkse ervaringen op de mate van depressie en het welbevinden door zelfkritiek als moderator versterkt wordt. Daaruit resulteren de hypothesen dat (3) hoe hoger de mate van zelfkritiek, hoe hoger de invloed van negatieve dagelijkse ervaringen op de mate van depressie, en (4) hoe hoger de mate van zelfkritiek, hoe hoger de invloed van negatieve dagelijkse ervaringen op het welbevinden.



Afbeelding 1: Moderator model met zelfkritiek als moderator op de invloed van negatieve dagelijkse ervaringen op de mate van depressie/het welbevinden

Uit de bevindingen resulteren vervolgens de volgende vier hypothesen:

1. De mate van depressie wordt hoger naarmate een individu meer negatieve dagelijkse ervaringen rapporteert.
2. Het welbevinden wordt lager naarmate een individu meer negatieve dagelijkse ervaringen rapporteert.
3. Hoe hoger de mate van zelfkritiek, hoe hoger de invloed van negatieve dagelijkse ervaringen op de mate van depressie.
4. Hoe hoger de mate van zelfkritiek, hoe hoger de invloed van negatieve dagelijkse ervaringen op het welbevinden.

## 2. Methode

### 2.1 Participanten

De participanten voor deze online survey werden geworven binnen de algemene Nederlandse bevolking. In het geheel zijn 397 respondenten met de studie begonnen, maar 17.1 % hebben niet alle vragen ingevuld. Dat resulteert in 329 uiteindelijke deelnemers. De participanten waren tussen de 15 en 79 jaar ( $M = 31.2$ ;  $SD = 13.5$ ). 65.7% van de deelnemers waren vrouwen. Met 38.2% heeft het grootste deel van de respondenten aangegeven dat hun hoogste afgeronde opleiding het hoger algemeen onderwijs is. Verder gaven 24.9% het hoger beroepsonderwijs aan en bijna een vijfde het middelbaar beroepsonderwijs (19.1%). De overige respondenten hebben lagere school/basisschool, het lager beroepsonderwijs, het middelbaar algemeen voortgezet onderwijs of het wetenschappelijk onderwijs aangegeven. Met betrekking tot de hun werksituatie op het tijdstip van de afname gaven 47.1% van de deelnemers aan in de categorie 'onderwijs, om- of bijscholing' te horen. 40.2% van de participanten gaf aan betaald te werken en ca. 6% waren werkloos. De overige participanten gaven 'huishouden/gezin', 'arbeidsongeschikt' of 'pensioen, vervroegd pensioen' als werksituatie aan. 73.5% van de respondenten gaf als burgerlijke staat aan ongehuwd te zijn. 20.9% was gehuwd of in een geregistreerd partnerschap, ca 5% gescheiden en alleen een participant was een weduwe/weduwenaar. De meeste participanten zijn dus vrouwelijk, hebben het hoger algemeen onderwijs, volgen onderwijs of een om- of bijscholing of werken betaald en zijn ongehuwd.

Tabel 1: Demografische gegevens (N = 329)

		Aantal (n)	Aantal (%)
Geslacht	Mannen	137	34.4
	Vrouwen	256	65.7
Hoogst afgeronde opleiding	Lagere school/basisschool	1	0.3
	Lager beroepsonderwijs	6	1.5
	Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs	18	4.6
	Hoger algemeen onderwijs	150	38.2
	Middelbaar beroepsonderwijs	75	19.1
	Hoger beroepsonderwijs	98	24.9
	Wetenschappelijk onderwijs	45	11.5
Werksituatie	Onderwijs, om- of bijscholing	185	47.1
	Betaald werken	158	40.2
	Werkloos	23	5.9
	Huishouden/gezin	12	3.1
	Arbeidsongeschikt	6	1.5
	Pensioen, vervroegd pensioen	9	2.3
Burgerlijke staat	Ongehuwd	289	73.5
	Gehuwd/geregistreerd partnerschap	82	20.9
	Gescheiden	21	5.3
	Weduwe/weduwnaar	1	0.3

## 2.2 Design en procedure

Het onderzoek was een cross-sectioneel design. Er werd gebruik gemaakt van eerder verzamelde data. Het verzamelen van data voor deze studie vond plaats tussen maart 2015 en juni 2015. De dataverzameling werd uitgevoerd door tweedejaars psychologiestudenten van de Universiteit Twente, Enschede, in het kader van een onderzoeksopdracht. Het onderzoek is deel van een groter onderzoek, met de intentie de Forms of Self-Criticising/Attacking & Self-Reassuring Scale (FSCRS) te valideren. Deze werd uit het Engels in het Nederlands vertaald. Voor het verzamelen van de data werd een online survey met behulp van het online program Qualtrics afgenomen. De participanten zijn benaderd uit de directe omgeving van de studenten (convenience sampling). Dit gebeurde op vier verschillende manieren. Ten eerste

werden respondenten via e-mail over het onderzoek geïnformeerd. Ten tweede hadden de uitvoerende studenten de online-link van de vragenlijst op Facebook gedeeld. Ten derde werden sommige participanten door direct contact met de onderzoekers uitgenodigd aan de studie deel te nemen. Als laatste zijn er flyers in supermarkten en op de campus van de universiteit opgehangen om een grotere variatie binnen de steekproef te bereiken. Bij het verzamelen van de participanten speelde het ‘sneeuwbaaleffect’ een rol. Dit betekent dat respondenten verdere personen geworven hebben om aan de studie deel te nemen. Verder werden de deelnemers aangemoedigd te participeren door hun de kans te bieden één van vijf waardebonnen ter waarde van 20€ te winnen.

De deelname aan de studie was voor alle participanten vrijwillig. Ze konden altijd zonder opgave van redenen met het onderzoek stoppen. Het invullen van de vragenlijsten was anoniem. Voorafgaand aan de dataverzameling werd de survey goedgekeurd door de facultaire Commissie Ethiek (CE) voor gedragswetenschappen van de Universiteit Twente, Enschede, in februari 2015.

## 2.3 Materiaal

Voor het verzamelen van de benodigde data werden verschillende vragenlijsten tot een survey samengevoegd. Hierbij werd uitsluitend voor zelfbeoordelingsvragenlijsten gekozen. De participanten vulden eerst enkele demografische gegevens in. Deze betroffen onder andere hun geslacht, leeftijd, opleiding, werksituatie en burgerlijke staat. Daarna volgden negen zelfbeoordelingsvragenlijsten, die zich met verschillende onderwerpen bezig hielden, zoals bijvoorbeeld fysieke gezondheid, gedachten en emoties en zelfcompassie. Voor dit onderzoek waren alleen de data over zelfkritiek, negatieve dagelijkse ervaringen, welbevinden en depressie relevant.

### 2.3.1 Zelfkritiek

De mate van zelfkritiek werd bij de participanten gemeten met behulp van de Forms of Self-Criticism/Self-Reassuring Scale (FSCRS; Gilbert, Clarke, Hempel, Miles & Irons, 2004). Deze zelfbeoordelingsvragenlijst meet zelfkritische en geruststellende gedachten en gevoelens. Ze heeft 22 items. De items bevatten uitspraken wiens toepassing de deelnemers op basis van een 5-punt Likert-scale moesten beoordelen (1 = *Helemaal niet zoals ik ben*; 5 = *Precies zoals ik ben*). De FSCRS bestaat uit drie subschalen: ontoereikend zelf, gerustgestelde

zelf en gehaat zelf. De factoren ‘ontoereikend zelf’ en ‘gehaat zelf’ beschrijven de mate van zelfkritiek bij de participanten, terwijl de factor ‘gerustgestelde zelf’ de mate van zelfgeruststelling weergeeft. De factor ‘ontoereikend zelf’ wordt in verband gebracht met ‘zelfkritisch zijn, verstarren op fouten en het gevoel van ontoereikendheid’ (negen items; bv. “Ik blijf stilstaan bij mijn tekortkomingen”). De factor ‘gehaat zelf’ geeft de wil weer zichzelf te bezeren en het gevoel van zelfafschuw (vijf items; bv. “Ik vind het niet leuk om mijzelf te zijn”). De overige acht items horen bij de factor ‘gerustgestelde zelf’ (Gilbert et al., 2004). Deze factor werd niet gebruikt, omdat voor dit onderzoek alleen de mate van zelfkritiek van belang is. Binnen huidig onderzoek zijn de factoren ‘gehaat zelf’ en ‘ontoereikend zelf’ samen gevoegd tot de factor ‘zelfkritiek’.

De interne consistentie van zelfkritiek (‘ontoereikend zelf’ en ‘gehaat zelf’) is goed met een Chronbach’s Alpha van .89. De waarden voor de twee factoren apart zijn ook goed met .86 (‘ontoereikend zelf’) en .80 (‘gehaat zelf’). Deze waarden komen overeen met eerder onderzoek, waarin ‘ontoereikend zelf’ een uitstekende interne consistentie van .90 en ‘gehaat zelf’ een goede interne consistentie van 0.86 had (Gilbert et al., 2004).

### 2.3.2 *Dagelijkse ervaringen*

Om de mate van negatieve ervaringen in het dagelijkse leven te achterhalen werd de Survey of Recent Life Experiences (SRLE; Kohn & MacDonald, 1992) afgenomen. De SRLE bestaat uit 51 items. Elk item bevat een negatieve ervaring die de participant mogelijk in zijn dagelijkse leven kan tegen komen. De participanten scoorden de items met behulp van een 4-punt Likert-scale (1 = *helemaal niet onderdeel van mijn leven*; 4 = *in grote mate onderdeel van mijn leven*). De schaal bestaat uit zes subschalen: 11 items beschrijven ‘sociale en culturele moeilijkheden’ (“Roddels over iemand om wie je geeft”), zeven items meten het onderwerp ‘werk’ (“Ontevredenheid met werk”), bij de factor ‘tijdbeperkingen’ horen acht items (“Teveel dingen tegelijkertijd te doen”), zes items beschrijven ‘financiën’ (“Problemen met inkomen”), vijf items horen bij ‘sociale acceptatie’ (“Genegeerd worden”) en vier items bij ‘sociale victimisatie’ (“Voor lief genomen worden door anderen”). De overige tien items konden niet aan een factor toegewezen worden (Kohn & MacDonald, 1992).

Chronbach's Alpha, wat de interne consistentie van een test weergeeft, is uitstekend met een waarde van .91. Dit wordt ook gesteund door verder onderzoek van Kohn en MacDonald (1992), die een waarde van .92 hebben gevonden.

### 2.3.3 *Welbevinden*

Om het welbevinden van de participanten te onderzoeken werd gebruik gemaakt van het Mental Health Continuüm – Short Form (MHC-SF; Keyes, 2002). De schaal bestaat uit 14 items en meet hedonistische en eudemonistische elementen van welbevinden (Keyes, 2009). Het hedonische element verwijst naar het emotionele welbevinden. Eudemonisme meet het sociale en het psychologische welbevinden (Keyes, 2002). De participanten scoorden de items met behulp van een 6-punt Likert-scale (1 = *Nooit*; 6 = *Elke dag*). Het emotionele welbevinden wordt door drie items gemeten, die op ‘Bradburn’s affect balance scale’ (1969) en op ‘Cantril’s self-anchoring items’ (1965) gebaseerd zijn (bv. “Hoe vaak had u het gevoel dat u gelukkig was?”). Op de zes dimensies van Ryffs (1989) model van psychologisch welbevinden zijn zes items gebaseerd, die het psychologische welbevinden meten (bv. “Hoe vaak had u het gevoel dat uw leven een richting of zin heeft?”). Het sociale welbevinden wordt door vijf items gemeten, die op de vijf dimensies van Keyes (1998) model van sociaal welbevinden gebaseerd zijn (bv. “Hoe vaak had u het gevoel dat u iets belangrijks hebt bijgedragen aan de samenleving?”).

De interne consistentie van de MHC-SF is uitstekend met een Cronbach’s Alpha waarde van .91. Uit eerder onderzoeken bleek een vergelijkbare waarde van .89. (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster & Keyes, 2011).

### 2.3.4 *Depressie*

Om de mate van depressie bij de participanten te bepalen werd gebruik gemaakt van de subschaal HADS-D van de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Zigmond & Snaith, 1983). De subschaal bestaat uit zeven items en gaat zowel op mogelijke somatische als ook mentale problemen van depressie in (Mykletun, Stordal & Dahl, 2001). De participanten beoordeelden op een 4-punt Likert-scale de mate van mogelijke symptomen. De antwoordopties variëren per item (bv. 1 = *Haast helemaal niet*; 4 = *Zeker zo veel*). Een voorbeeld voor een item op de subschaal is “Ik geniet nog steeds van de dingen waar ik vroeger van genoot”.

De interne consistentie van de subschaal HADS-D is acceptabel met een Chronbach’s Alpha waarde gelijk aan .75. Deze waarde is in overeenkomst met eerder onderzoek van Mykletun, Stordal en Dahl (2001), die een waarde van .76 vonden. Uit verschillende andere studies bleken waarden voor Cronbach’s Alpha tussen .82 en .90, dus een goede tot

uitstekende interne consistentie (Moorey et al., 1991; El-Rufaie & Absood, 1995; Lisspers et al., 1997; Wettergren et al., 1997; Savard et al., 1998; Hammerlid et al., 1999; Stordal et al., 2001).

## 2.4 Data analyse

De data zijn geanalyseerd met behulp van het program IBM SPSS Statistics 22 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Bij alle analyses werd gebruik gemaakt van een alpha-waarde van 0.05.

Ten eerste werd een beschrijvende analyse uitgevoerd. Het minimum, maximum, gemiddelde en de standaarddeviatie zijn per vragenlijst berekend. Dit houdt de scores of de vragenlijsten over dagelijkse ervaringen (SRLE), zelfkritiek (FSCRS – ‘ontoereikend zelf’ en ‘gehaat zelf’), het welbevinden (MHC-SF) en depressie (HADS-D) in.

Vervolgens werd gebruik gemaakt van een univariate correlatie analyse (Pearson correlation). De scores werden op volgende manier geïnterpreteerd: waarden tussen 0 en 0.3 (of -0.3) geven zwakke correlaties weer, scores tussen 0.3 en 0.5 (of -0.3 en -0.5) matige correlaties, scores tussen 0.5 en 0.8 (of -0.5 en -0.8) sterke correlaties en waarden groter dan 0.8 (of kleiner dan -0.8) beschrijven zeer sterke correlaties (Cohen, 1988; Zou, Tuncali & Silverman, 2003).

Om de vier opgestelde hypotheses te kunnen toetsen werden moderator analyses uitgevoerd met behulp van het gebruik van regressie analyses. Deze analyses zijn gekozen om te onderzoeken of het verband tussen dagelijkse ervaringen en depressie, respectievelijk welbevinden sterker is, als mensen zelfkritischer zijn. Om dit te onderzoeken zijn er drie stappen uitgevoerd. Ten eerste werden de variabelen ‘dagelijkse ervaringen’ en ‘zelfkritiek’ gecentreerd en een moderatie variabele gevormd uit het product van deze twee. Ten tweede werd onderzocht of de onafhankelijke variabelen (dagelijkse ervaringen en zelfkritiek) de afhankelijke variabele (depressie of welbevinden) voorspellen. Als laatste werd onderzocht of de moderator variabele (zelfkritiek \* dagelijkse ervaringen) een effect heeft op de associatie tussen dagelijkse ervaringen en depressie of welbevinden (Hayes, 2013).



### 3. Resultaten

#### 3.1 Beschrijvende statistiek

In Tabel 2 staan de scores uit de beschrijvende analyse van de vragenlijsten over dagelijkse ervaringen, zelfkritiek, welbevinden en depressie. Het werd duidelijk dat de gemiddelden van de vragenlijsten over negatieve dagelijkse ervaringen, zelfkritiek en depressie duidelijk onder het midden van de mogelijke ranges liggen. Verder laat de vragenlijst over negatieve ervaringen een kleine standaarddeviatie zien. Het wordt duidelijk dat de respondenten gemiddeld weinig negatieve dagelijkse ervaringen, zelfkritische gedachten en gevoelens, en symptomen van depressie rapporteren. Het gemiddelde van de vragenlijst over het welbevinden ligt daarentegen boven het midden van de range. Dit is in overeenkomst met het gemiddelde gevonden door Lamers et al. (2011) in een representatieve steekproef uit de Nederlandse bevolking, die gelijk is aan 3.98 met een standaarddeviatie gelijk aan 0.85. De respondenten blijken een gemiddeld welbevinden te rapporteren.

Tabel 2: Beschrijvende analyse van de gebruikte vragenlijsten/schalen (N = 329)

	Range	Minimum	Maximum	Gemiddelde	SD
Negatieve ervaringen	1-4	1.00	2.88	1.60	0.34
Zelfkritiek	1-5	1.00	4.86	2.26	0.70
Welbevinden	1-6	1.57	6.00	4.08	0.92
Depressie	1-4	1.71	3.71	1.60	0.49

SD = standaarddeviatie

De resultaten van de uitgevoerde correlatie analyse zijn opgevoerd in Tabel 3. De vragenlijsten correleren significant met elkaar. Alle vragenlijsten correleren positief met elkaar, uitgezonderd met het welbevinden welke negatief correleert met alle overige vragenlijsten. De correlatie tussen negatieve ervaringen en welbevinden is matig ( $r = .40$ ,  $p < .01$ ); alle andere correlaties zijn sterk. Het blijkt dus dat hoe minder negatieve ervaringen en gedachten en gevoelens van zelfkritiek de participanten rapporteren, hoe hoger het

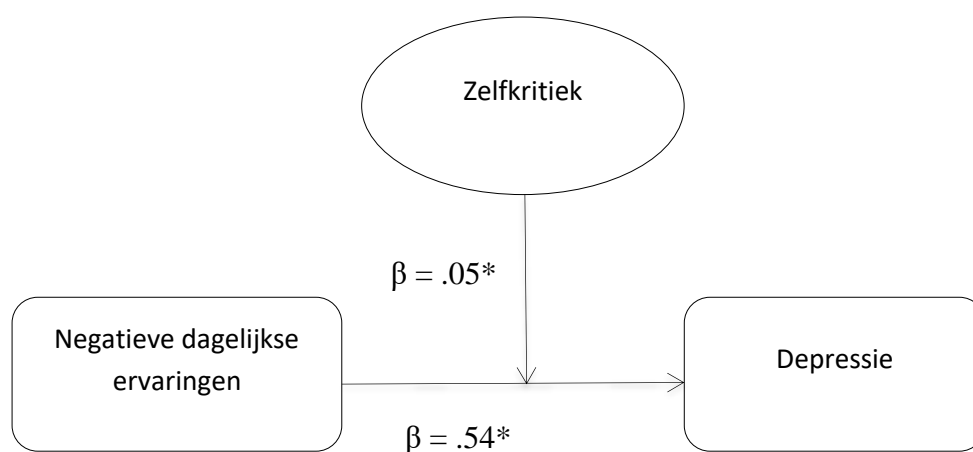
Tabel 3: Correlaties tussen negatieve dagelijkse ervaringen, zelfkritiek, welbevinden en depressie

	Negatieve ervaringen	Zelfkritiek	Welbevinden	Depressie
Negatieve ervaringen	-	-	-	-
Zelfkritiek	.55**	-	-	-
Welbevinden	-.40**	-.51**	-	-
Depressie	.57**	.53**	-.58**	-

welbevinden en vice versa. Verder blijkt dat hoe meer negatieve ervaringen en gedachten en gevoelens van zelfkritiek, hoe hoger de mate van depressie en vice versa ( $r = .57, p < .01$ ). De eerste en tweede hypothese kunnen dus worden bevestigd.

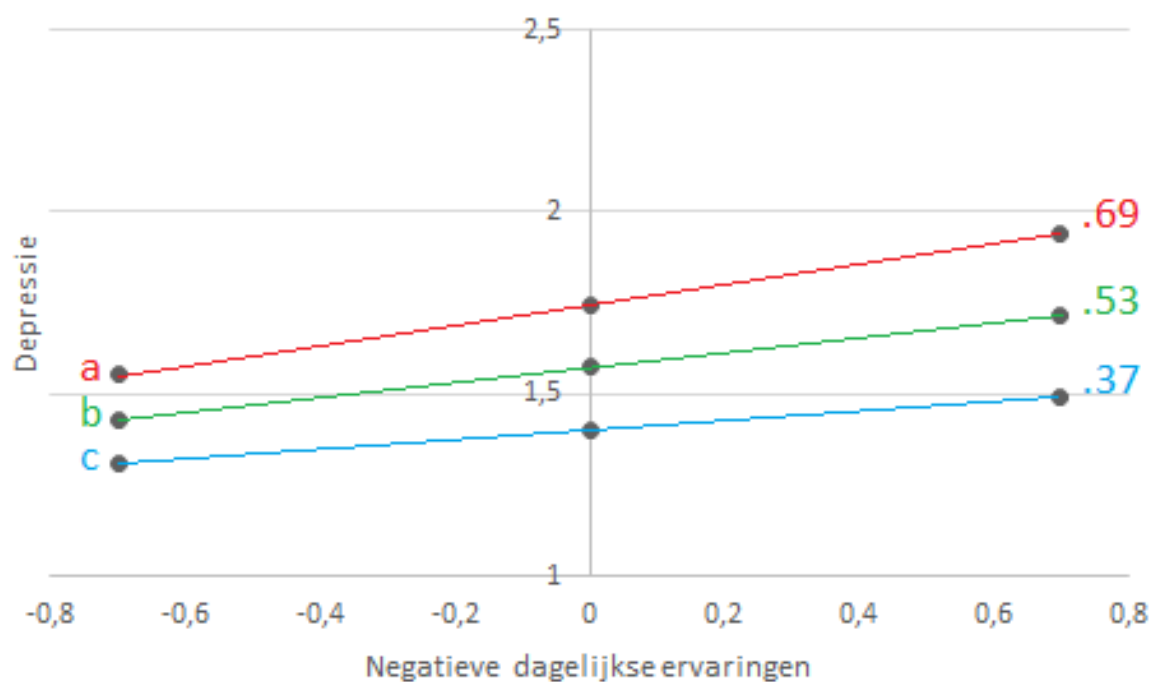
### 3.2 Moderatie analyses

Ten eerste werd de rol van zelfkritiek als moderator op de associatie tussen dagelijkse ervaringen en de mate van depressie onderzocht (zie Afbeelding 2). De dagelijkse ervaringen en zelfkritiek zijn als onafhankelijke variabelen, het product ervan als moderatie variabele en de mate van zelfkritiek als afhankelijke variabele gekozen. Dit regressie model verklaart 39.9% van de variantie. Uit de analyse blijkt een significante positieve samenhang tussen dagelijkse negatieve ervaringen en de mate van depressie ( $\beta = .54, SE = .08, t = 6.54, p < .001$ ). Dit betekent dat mensen met meer negatieve dagelijkse ervaringen meer symptomen van depressie rapporteren. Er bestaat een significante positieve samenhang tussen de mate van zelfkritiek en de mate van depressie ( $\beta = .21, SE = .04, t = 5.59, p < .001$ ). Derhalve hebben mensen last van meer symptomen van depressie als ze zelfkritischer zijn. Op de associatie tussen dagelijkse ervaringen en de mate van depressie blijkt zelfkritiek een significante rol als moderator te spelen ( $\beta = .05, SE = .02, t = 2.87, p = .004$ ). Negatieve dagelijkse ervaringen hebben dus een sterkere invloed op de mate van depressie wanneer de participanten zelfkritischer zijn (zie Afbeelding 3). De derde hypothese kan dus worden bevestigd.



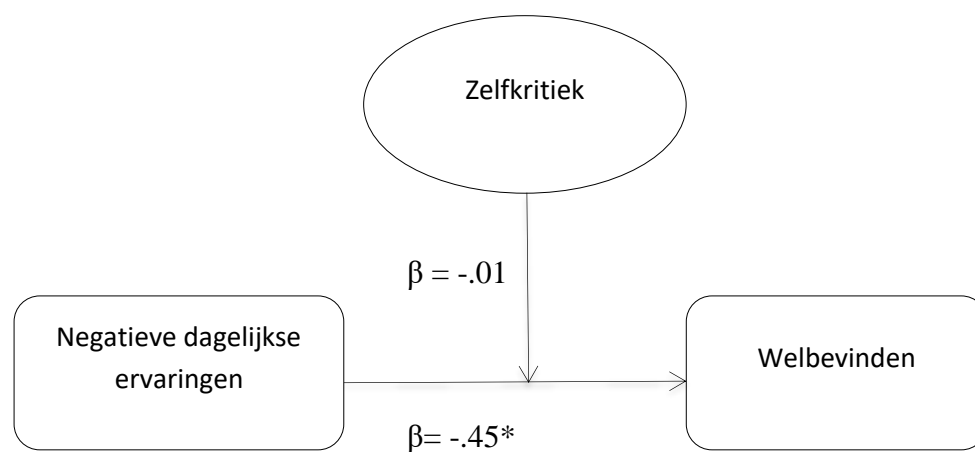
Afbeelding 2: Moderator model met zelfkritiek als moderator op de invloed van negatieve dagelijkse ervaringen op de mate van depressie;  $F(3,331) = 72.24, * p < .01$

DE ROL VAN ZELFKRITIEK ALS MODERATOR OP DE INVLOED VAN NEGATIEVE DAGELIJKSE ERVARINGEN OP DE GEESTELIJKE GEZONDHEID



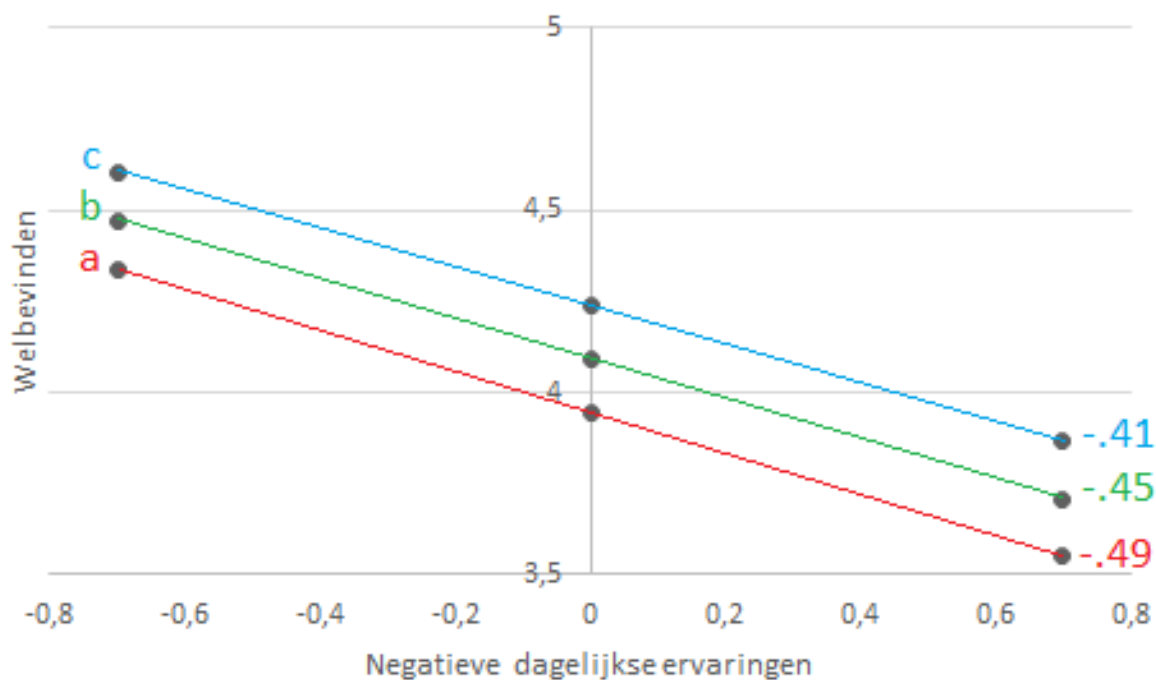
Afbeelding3: De relatie tussen negatieve dagelijkse ervaringen en de mate van depressie voor verschillende niveaus van zelfkritiek, gemeten op -1SD, 0 en 1SD; a = hoog niveau van zelfkritiek, b = gemiddeld niveau van zelfkritiek, c = laag niveau van zelfkritiek

Ten tweede werd de rol van zelfkritiek als moderator op de associatie tussen dagelijkse ervaringen en het welbevinden onderzocht (zie Afbeelding 4). Hierbij zijn de dagelijkse ervaringen en zelfkritiek als onafhankelijke variabelen, het product ervan als moderatie variabele en het welbevinden als afhankelijke variabele gekozen. Dit regressie model verklaart 27.3% van de variantie. Uit de analyse blijkt een significante negatieve samenhang tussen dagelijkse negatieve ervaringen en het welbevinden ( $\beta = -.45$ ,  $SE = .17$ ,  $t = -2.68$ ,  $p = .008$ ). Dit betekent dat mensen met meer negatieve dagelijkse ervaringen een lager welbevinden rapporteren. Verder bestaat een significant negatieve samenhang tussen de mate



Afbeelding 4: Moderator model met zelfkritiek als moderator op de invloed van negatieve dagelijkse ervaringen op het welbevinden;  $F(3,331) = 42.52$ , \*  $p < .01$

van zelfkritiek en het welbevinden ( $\beta = -.55$ ,  $SE = .08$ ,  $t = -7.23$ ,  $p < .001$ ), wat betekent dat mensen, die in het algemeen zelfkritischer zijn, een lager welbevinden hebben. Zelfkritiek blijkt geen significante moderator te zijn op de associatie tussen dagelijkse ervaringen en het welbevinden ( $\beta = -.01$ ,  $SE = .04$ ,  $t = -.33$ ,  $p = .75$ ). De invloed van negatieve dagelijkse ervaringen op het welbevinden verandert dus niet naarmate de participanten zelfkritischer zijn of niet (zie Afbeelding 5). De vierde hypothese kan dus worden bevestigd.



Afbeelding 5: De relatie tussen negatieve dagelijkse ervaringen en welbevinden voor verschillende niveaus van zelfkritiek, gemeten op -1SD, 0 en 1SD; a = hoog niveau van zelfkritiek, b = gemiddeld niveau van zelfkritiek, c = laag niveau van zelfkritiek

#### 4. Discussie

Doel van dit onderzoek was te onderzoeken of de mate van depressie hoger en het welbevinden lager is naarmate iemand meer negatieve gebeurtenissen ervaart en of zelfkritiek een modererende rol speelt bij de associatie tussen negatieve dagelijkse ervaringen en de mate van depressie of het welbevinden. Het zou duidelijk worden of negatieve dagelijkse ervaringen een grotere negatieve invloed op de mate van depressie en het welbevinden hebben bij zelfkritische individu's, dan bij personen die minder zelfkritisch zijn. Het werd duidelijk dat negatieve gebeurtenissen een negatieve invloed hebben op het welbevinden. Zelfkritiek bleek een moderator te zijn met betrekking tot de associatie tussen negatieve dagelijkse gebeurtenissen en de mate van depressie. Ten aanzien van de associatie tussen negatieve

dagelijkse gebeurtenissen en het welbevinden was er geen modererend effect.

De volgende bevindingen zijn de uitkomsten ten aanzien van de vier hypothesen. De eerste en tweede hypothese stelden dat de mate van depressie hoger en het welbevinden lager wordt naarmate een individu meer negatieve dagelijkse gebeurtenissen ervaart. Uit de resultaten bleek dat er een sterke positieve samenhang bestaat tussen negatieve dagelijkse ervaringen en de mate van depressie. Hoe meer negatieve dagelijkse gebeurtenissen een individu ervaart, hoe hoger de mate van depressie. Dit steunt eerdere onderzoeken die tevens duidelijk maakten dat negatieve dagelijkse ervaringen en de aanwezigheid van depressieve symptomen positief met elkaar correleren (onder andere Kendler; Karkowski & Prescott, 1998; Rice, Harold & Thapar, 2003; Reyes-Rodríguez et al., 2013). De eerste hypothese kan dus worden bevestigd. Verder werd op basis van deze eerdere bevindingen en het *two-continua model* (Keyes, 2005) verwacht dat er een negatieve samenhang zal bestaan tussen negatieve dagelijkse ervaringen en welbevinden, omdat er een positieve samenhang tussen negatieve dagelijkse ervaringen en psychopathologie bestaat en psychopathologie en welbevinden twee gerelateerde continua zijn. Deze verwachting werd verder gesteund door de sterke negatieve correlatie tussen depressie en welbevinden, die uit de resultaten blijkt. Uit de resultaten kwam naar voren dat er een negatieve samenhang tussen de twee constructen bestaat: hoe meer negatieve dagelijkse gebeurtenissen een individu ervaart, hoe lager zijn welbevinden is. Aan de verwachting wordt dus voldaan en de tweede hypothese kan op basis van de resultaten worden bevestigd. Maar wat zegt dit eigenlijk over het *two-continua model* (Keyes, 2005)? Het blijkt dat tussen de mate van depressie en het welbevinden een sterke negatieve relatie bestaat; dus hoe hoger de mate van depressie, hoe lager het welbevinden en vice versa. Verder blijkt dat er tussen negatieve dagelijkse ervaringen en welbevinden de relatie bestaat, die op basis van de relatie tussen negatieve dagelijkse ervaringen en depressie verwacht werd. Het *two-continua model* (Keyes, 2005) stelt dat psychopathologie en welbevinden twee verschillende, matig gerelateerde continua zijn. Volgens dit model is de relatie dus niet perfect. Op basis van de resultaten blijkt het echter het geval te zijn dat depressie en welbevinden een sterke relatie hebben. Ze lijken dus twee verschillende, maar sterk gerelateerde continua te zijn.

De derde en vierde hypothese stelden dat hoe hoger de mate van zelfkritiek, hoe hoger de invloed van negatieve dagelijkse ervaringen op de mate van depressie en het welbevinden. Uit de resultaten bleek dat zelfkritiek een significante moderator is op de associatie tussen negatieve dagelijkse ervaringen en de mate van depressie. Hieruit komt naar voren dat negatieve dagelijkse ervaringen een sterkere invloed hebben op de mate van depressie

wanneer een individu zelfkritischer is. Dit is in overeenkomst met eerder onderzoek van Lewinsohn, Joiner en Rhode (2001), uit welke duidelijk werd dat disfunctionele attitudes een modererend effect hebben op de associatie tussen negatieve dagelijkse ervaringen en depressie. Omdat zelfkritiek een specifieke soort van disfunctionele attitudes is, werd op basis van deze bevindingen verwacht dat het ook apart onderzocht een modererend effect zou hebben op de associatie. Aan deze verwachting wordt voldaan. De derde hypothese kan dus worden bevestigd. Op basis van deze bevinding stelt zich de vraag of en in welke mate depressie kan afnemen als mensen minder zelfkritisch worden. Uit eerder onderzoek van Gilbert en Procter (2006) naar de effectiviteit van de Compassionate Mind Training (CMT) bleek naast verminderde zelfkritiek ook een significante vermindering in de mate van depressie. De CMT is een vaardigheidstraining ontwikkeld voor mensen, die heel zelfkritisch zijn en last hebben van een hoge mate van schaamte en problemen hebben met zelfacceptatie en zelf-warmte. De training zou helpen om zelfcompassie te verhogen en zelfkritiek te voorkomen (Gilbert & Procter, 2006). Uit meerdere studies bleek de effectiviteit van de CMT, omdat het zelfkritiek significant kan reduceren (Gilbert & Procter, 2006; Neff, Rude & Kirkpatrick, 2007; Noorbala, Borjali, Ahmadian-Attari & Noorbala, 2013). Het wordt dus duidelijk dat de mate van depressie significant kan afnemen als mensen minder zelfkritisch worden. Verder maakt het onderzoek van Gilbert en Procter (2006) duidelijk, wat een individu kan doen om minder zelfkritisch te worden. Het bleek dat het verhogen van zelfcompassie zelfkritiek verminderd (Gilbert & Procter, 2006). Huidig onderzoek maakt duidelijk dat negatieve gebeurtenissen meer invloed hebben op depressie bij een hogere mate van zelfkritiek. Door het ontwikkelen van zelfcompassie zou de invloed van negatieve dagelijkse ervaringen dus verlaagd kunnen worden.

Verder werd op basis van de bevindingen van Lewinsohn, Joiner en Rhode (2001) en het *two-continua model* (Keyes, 2005) verwacht dat disfunctionele attitudes ook een modererend effect zullen hebben op de relatie tussen negatieve dagelijkse ervaringen en het welbevinden, en dat zelfkritiek apart gezien ook een modererend effect zal hebben, omdat het een specifieke vorm van disfunctionele attitude is. Uit de resultaten bleek dat zelfkritiek geen significante moderator is op de associatie tussen negatieve dagelijkse ervaringen en het welbevinden. Dit betekent dat de invloed van de negatieve ervaringen, die een individu maakt, op diens welbevinden niet verandert naarmate dit individu zelfkritischer is of niet. Aan de verwachting wordt dus niet voldaan en de derde hypothese kan niet bevestigd worden.

Maar waarom versterkt zelfkritiek wel de invloed van negatieve dagelijkse gebeurtenissen op de mate van depressie, maar niet op het welbevinden? Zowel negatieve

dagelijkse ervaringen als ook zelfkritiek bleken volgens de resultaten een negatieve samenhang te hebben met welbevinden, zoals ook met depressie. Maar alhoewel beide constructen negatief in samenhang staan met het welbevinden, bleek zelfkritiek niet de verwachte modererende invloed op de relatie tussen negatieve gebeurtenissen en welbevinden te hebben, zoals het met betrekking tot negatieve ervaringen en depressie het geval is. Een mogelijke verklaring is dat negatieve dagelijkse ervaringen minder sterk met welbevinden correleren dan met depressie. Er bestaat dus minder samenhang tussen negatieve dagelijkse ervaringen en welbevinden, dan tussen negatieve dagelijkse ervaringen en depressie. Dit zou het geval kunnen zijn omdat welbevinden een positief construct is, maar negatieve dagelijkse ervaringen en depressie beide negatieve constructen zijn. Mogelijkerwijs correleert het construct van negatieve ervaringen op basis daarvan minder met het positieve construct welbevinden dan met het eveneens negatieve construct depressie. Dit zou kunnen verklaren waarom er wel een relatie bestaat tussen negatieve dagelijkse ervaringen en welbevinden, maar deze relatie niet zo sterk is dat de factor zelfkritiek een modererende invloed erop heeft.

Op basis van de resultaten werd dus duidelijk dat depressie en welbevinden weliswaar een sterke negatieve relatie hebben maar dat er tegen de verwachtingen verschillende kwetsbaarheden zijn of de kwetsbaarheden een verschillende invloed hebben. Het blijkt dus toch het geval te zijn dat alhoewel er een sterke correlatie bestaat, er sprake is van twee verschillende continua die geen perfecte relatie hebben. Ten aanzien van het diathesis-stress model betekent dit dat het model ondanks de sterke correlatie tussen de constructen niet in ieder geval op welbevinden toe te passen is.

#### **4.1 Limitaties**

Ten aanzien van de resultaten is het van belang om rekening te houden met belangrijke limitaties. Een belangrijke limitatie is dat er geen causaliteit binnen huidig onderzoek duidelijk werd. Dit betekent dat uit de resultaten niet bleek of een individu meer last van depressie heeft of een lager welbevinden omdat hij meer negatieve dagelijkse gebeurtenissen ervaart, en of iemand meer negatieve ervaringen rapporteert omdat hij last heeft van depressie of zijn welbevinden lager is. Op grond van het cross-sectionele design is binnen huidig onderzoek geen uitspraak over causaliteit mogelijk. De vraag, welk construct invloed heeft en welk construct beïnvloed wordt, blijft dus onbeantwoord. Verder is in samenhang met causaliteit te bedenken dat alle gebruikte vragenlijsten zelfbeoordelvragenlijsten waren en dus subjectief zijn. De antwoorden kunnen mogelijkerwijs vertekend zijn door de manier

waarop de negatieve dagelijkse ervaringen gemeten zijn. Het is niet uit te sluiten dat de beoordeling van de uitspraken over negatieve gebeurtenissen vertekend werden door de stemming van de individu's. De perceptie, in hoeverre een negatieve ervaring van toepassing is, kan op basis van de aanwezigheid van depressieve symptomen beïnvloed zijn en de items daardoor anders interpreteert worden. Het is dus mogelijk dat de mate van depressie niet hoger is omdat de participanten meer negatieve dagelijkse gebeurtenissen ervaren, maar dat ze meer negatieve ervaringen rapporteren omdat ze deze op basis van depressieve symptomen negatiever interpreteren. Verder is het mogelijk dat participanten met een beter welbevinden minder negatieve dagelijkse ervaringen rapporteren omdat ook zij op basis van hun stemming ervaringen anders interpreteren. Hun welbevinden zou dus niet beter zijn omdat ze minder negatieve dagelijkse gebeurtenissen beleven, maar ze interpreteren ervaringen minder negatief omdat hun welbevinden beter is. Een uitspraak over causaliteit zou deze limitatie kunnen voorkomen.

Alhoewel huidig onderzoek interessante resultaten heeft opgeleverd, zijn er enige nieuwe vragen opgedoken. Ten eerste blijft de vraag van causaliteit onbeantwoord. Uit eerdere onderzoeken bleek dat stressvolle dagelijkse ervaringen een causale relatie hebben met depressieve symptomen (onder andere Kessler, 1997; Kendler, Karkowski & Prescott, 1999; Hammen, 2005; Paykel, 1978; Brown, Bilfucio & Harris, 1987; Surtees et al., 1986). Hierbij hebben zowel de ernst, als ook de frequentie van negatieve ervaringen invloed op de mate van depressie (Gillespie, Whitfield, Williams, Heath & Martin, 2005; Kendler, Karkowski & Prescott, 1998). Mensen ontwikkelen dus eerder een depressie als ze meer last hebben van negatieve dagelijkse gebeurtenissen. Om de vraag van causaliteit met betrekking tot de relatie tussen negatieve dagelijkse ervaringen en welbevinden te kunnen beantwoorden, zou het opzetten van een langetermijnstudie nodig zijn. Dit zou duidelijk kunnen maken of het ervaren van negatieve dagelijkse gebeurtenissen leidt tot een lager welbevinden, en of een laag welbevinden invloed heeft op de perceptie van negatieve ervaringen.

Een tweede aandachtspunt is dat in dit onderzoek alleen negatieve gevolgen van negatieve ervaringen met betrekking tot de geestelijke gezondheid duidelijk werden. Niet duidelijk werd daarentegen, of het ervaren van negatieve dagelijkse gebeurtenissen ook positieve gevolgen kan hebben. Uit eerdere studies bleek dat traumatische gebeurtenissen, dus extreme negatieve ervaringen, een 'posttraumatische groei' (PTG) als gevolg kunnen hebben (Tedeschi & Calhoun, 1996; Tedeschi & Calhoun, 2004). PTG beschrijft het proces van het halen en onderhouden van positieve uitkomsten uit een traumatische ervaring (Tedeschi, Park & Calhoun, 1998). Mogelijke positieve veranderingen zijn hierbij een grotere waardering van



het leven in het algemeen, nauwere en intiemere relaties, de gewaarwording van persoonlijke sterke punten, de erkenning van nieuwe mogelijkheden, en een spirituele ontwikkeling (Tedeschi & Calhoun, 2004). Volgens Tedeschi en Calhoun (2004) bevorderen de karaktertrekken extraversie en openheid voor nieuwe ervaringen, het vermogen om schrijnende emoties te reguleren, en ondersteuning en openbaring het ontwikkelen van posttraumatische groei. Het zou interessant zijn om te onderzoeken of mensen ook op basis van negatieve dagelijkse gebeurtenissen en dergelijke groei kunnen ervaren met vergelijkbare of andere positieve veranderingen. Verder stelt zich de vraag welke aspecten een groei door negatieve dagelijkse ervaringen bevorderen.

#### **4.2 Conclusie en aanbevelingen**

Concluderend liet huidig onderzoek zien dat het welbevinden lager wordt wanneer iemand vaker last heeft van negatieve dagelijkse ervaringen. Verder werd duidelijk dat negatieve dagelijkse ervaringen een grotere invloed hebben op de mate van depressie bij een individu naarmate deze persoon zelfkritischer is. Op de associatie tussen negatieve dagelijkse ervaringen en welbevinden bleek zelfkritiek daarentegen geen modererend effect te hebben. Het onderzoek maakte duidelijk hoe belangrijk het voor mensen met depressieve symptomen is, om zelfkritiek en het omgaan met negatieve gebeurtenissen in de praktijk aan te pakken. Zelfcompassie lijkt hierbij een belangrijke factor te zijn.

Het onderzoek maakt duidelijk dat zelfkritiek een grote rol in de gezondheid speelt. Het is dus belangrijk om zich ook in de praktijk erop te richten om de geestelijke gezondheid te verbeteren. Zelfkritiek blijkt een wezenlijke factor in het ontwikkelen van een depressie te zijn. Wanneer iemand last heeft van een depressie, zou het dus van belang zijn om duidelijk te krijgen hoe zelfkritisch deze persoon is. Als blijkt dat een individu heel zelfkritisch is, zou het behulpzaam kunnen zijn voor diens geestelijke gezondheid, om zich onder andere op dit aspect te richten en eraan te werken. Het ontwikkelen van zelfcompassie, met behulp van bijvoorbeeld de CMT, lijkt in de praktijk een goede mogelijkheid te zijn om minder zelfkritisch te worden. Verder blijkt dat negatieve dagelijkse ervaringen invloed hebben op de geestelijke gezondheid. Het zou dus ook van belang zijn, zich in de praktijk op het omgaan met en anders interpreteren van deze ervaringen te richten. Dit zou al de aanwezigheid van depressieve symptomen kunnen verminderen en het welbevinden kunnen verhogen.

Verder blijkt dat de relaties tussen negatieve dagelijkse ervaringen en depressie of welbevinden niet in dezelfde mate door zelfkritiek beïnvloed worden. Het zou dus interessant

kunnen zijn om meer te ervaren over de verschillen in kwetsbaarheid van stress en depressie, respectievelijk welbevinden. Toekomstig onderzoek zou zich erop kunnen richten of de relaties door heel verschillende kwetsbaarheden beïnvloed worden, en of de kwetsbaarheden de relaties alleen op een verschillend sterke manier beïnvloeden. Dit zou ook duidelijk kunnen maken of het opstellen van een apart diathesis-stress model voor welbevinden noodzakelijk is.

## 5. Referenties

- Allen, J., Balfour, R., Bell, R., & Marmot, M. (2014). Social determinants of mental Health. *International Review of Psychiatry*, 26(4), 392-407. doi: 10.3109/09540261.2014.928270.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Barlow, D., Ellard, K., Sauer-Zavala, S., Bullis, J., & Carl, J. (2014). The origins of neuroticism. *Perspectives on Psychological Science*, 9, 481-496.
- Bifulco, A., Bernazzani, O., Moran, P. M., & Ball, C. (2000). Lifetime stressors and recurrent depression: preliminary findings of the Adult Life Phase Interview (ALPHI). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 264-275.
- Bifulco, A., Brown, G. W., Moran, P., Ball, C., & Campbell, C. (1998). Predicting depression in women: the role of past and present vulnerability. *Psychological Medicine*, 28, 39-50.
- Blatt, S. J. (1995). The destructiveness of perfectionism: Implications for the treatment of depression. *American Psychologist*, 50(12), 1003-1020.
- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Blatt, S. J., D'Afflitti, J. P., & Quinlan, D. M. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 383-389. doi: 10.1037/0021-843X.85.4.383
- Blatt, S. J. & Homann, E. (1992). Parent-child interaction in the etiology of dependent and self-critical depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 47-91. doi: 10.1016/0272-7358(92)90091-L
- Blatt, S. J. & Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 527-562. doi: 10.1016/0272-7358(92)90070-O

- Blazer, D. G., Kessler, R. C., McGonagle, K. A., & Swartz, M. S. (1994). The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, *151*(7), 979-986. doi: 10.1176/ajp.151.7.979
- Brown, G. W., Andrews, B., Bifulco, A. T., & Veiel, H. O. (1990). Self-esteem and depression: I. Measurement issues and prediction of onset. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *25*, 200-209.
- Brown, G. W. & Harris, T. O. (1978). *Social Origins of Depression*. London: Free Press.
- Brown, G. W., Bifulco, A., Harris, T. O. (1987). Life event, vulnerability, and onset of depression: some refinements. *British Journal of Psychiatry*, *150*, 30-42.
- Brown, G. W. & Harris, T. O. (1989). Depression. In *Life Events and Illness*, ed. G. W. Brown, T. O. Harris, 49-93. New York: Guilford.
- Brown, G. W., Harris, T. O., & Peto, J. (1973). Life events and psychiatric disorders. 2. Nature of causal link. *Psychological Medicine*, *3*, 159-176.
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. doi:10.1234/12345678
- Cohen, A. & Minas, H. (2017). Mental Health Etiology: Social Determinants. In Quah, S. R. (2017), *International Encyclopedia of Public Health (Second Edition)* (69-72). Academic Press.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Hedonia, eudaimonia, and wellbeing: an introduction. *Journal of Happiness Studies*, *9*, 1-11. doi:10.1007/s10902-006-9018-1
- Dohrenwend, B. P. & Dohrenwend, B. S. (1974). Social and cultural influences on psychopathology. *Annual Review of Psychology*, *25*, 417-452.
- 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*, 713-730. doi: 10.1023/A:1005543529245
- Easton, S. D., & Kong, J. (2016). Mental health indicators fifty years later: A population-based study of men with histories of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*. Retrieved 18.11.2016, from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213416301958>. doi: 10.1016/j.chiabu.2016.09.011
- El-Rufaie, O. E. F., & Absood, G. H. (1995). Retesting the validity of the Arabic version of the Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale in primary health care. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, *30*(1), 26-31. doi:10.1007/BF00784431

- Gilbert, P. (2006). Evolution and depression: Issues and implications. *Psychological Medicine*, 36(3), 287-297. doi: 10.1017/S0033291705006112
- Gilbert, P., Clarke, M., Kempel, S., Miles, J. N. V., & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms style and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 31–50. doi: 10.1348/014466504772812959
- Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 263–325). London: Brunner-Routledge
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13(6), 353–379. doi:10.1002/cpp.507
- Gillespie, N.A., Whitfield, J. B., Williams, B., Heath, A. C., Martin, N. G. (2005). The relationship between stressful life events, the serotonin transporter (5-HTTLPR) genotype and major depression. *Psychological Medicine*, 35(1), 101–111.
- De Graaf, R., ten Have, M., & van Dorsselaer, S. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Griffith, J., Zinbarg, R., Craske, M., Mineka, S., Rose, R., Waters, A., & Sutton, J. (2010). Neuroticism as a common dimension in the internalizing disorders. *Psychological medicine*, 40, 1125-1136.
- Hammen, C. L. (2015). Stress and depression: old questions, new approaches. *Current Opinion in Psychology*, 4, 80-85. doi: 10.1016/j.copsyc.2014.12.024.
- Hammen, C. L., Henry, R., & Daley, S. E. (2000). Depression and sensitization to stressors among young women as a function of childhood adversity. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 308-319.
- Hammerlid, E., Ahlner-Elmqvist, M., Bjordal, K., Biörklund, A., Evensen, J., Boysen, M., Jannert, M., Kaasa, S., Sullivan, M., & Westin, T. (1999). A prospective multicentre study in Sweden and Norway of mental distress and psychiatric morbidity in head and neck cancer patients. *British Journal of Cancer*, 80(5-6), 766-74. doi: 10.1038/sj.bjc.6690420
- Harris, T. O., Borsanyi, S., Messari, S., Stanford, K., Clearly, S. E., Shiers, H. M., Brown, G. W., & Herbert, J. (2000). Morning cortisol as a risk factor for subsequent major depressive disorders in adult women. *British Journal of Psychiatry*, 177, 505-510.

- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis : A Regression-Based Approach* (Methodology in the social sciences; Methodology in the social sciences). New York, NY: The Guilford Press.  
<http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=1186800>
- Herman, H., Moodie, R., Saxena, S., Izutsu, T., & Tsutsumi, A. (2017). Mental Health Promotion. In Quah, S. R. (2017), *International Encyclopedia of Public Health (Second Edition)* (93-105). Academic Press.
- Hermanto, N., Zuroff, D. C., Kopala-Sibley, D. C., Kelly, A. C., Matos, M., Gilbert, P., & Koestner, R. (2016). Ability to receive compassion from others buffers the depressogenic effect of self-criticism: A cross-cultural multi-study analysis. *Personality and Individual Differences*, 98, 324-332. doi: 10.1016/j.paid.2016.04.055
- Holmes, T. H. & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213–218.
- Hooker, C. (2010). Health scares: Professional priorities. *Health (London)*, 14(1), 3-21. doi: 10.1177/1363459309341875.
- James, O. (1997). *Britain on the Couch: Treating a Low Serotonin Society*. London: Century.
- Kagee, A. & Freeman, M. (2017). Mental Health and Physical Health (Including HIV/AIDS). In Quah, S. R. (2017), *International Encyclopedia of Public Health (Second Edition)* (35-44). Academic Press.
- Kendler, K. S., Karkowski, L. M., & Prescott, C. A. (1998). Stressful life events and major depression: risk period, long-term contextual threat, and diagnostic specificity. *The Journal of Nervous and Mental Disorders*, 186, 661–669
- Kendler, K. S., Karkowski, L. M., & Prescott, C. A. (1999). Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *American Journal of Psychiatry*, 156, 837–841.
- Kessler, R. C. (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annual Review of Psychology*, 48, 191–214.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., Rush, A. J., Walters, E. E., & Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the national comorbidity survey replication (ncs-r). *JAMA*, 289, 3095–3105. doi: 10.1001/jama.289.23.3095.
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207 - 222 . doi: 10.2307/3090197.

- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(3), 539-548. doi: 10.1037/0022-006X.73.3.539
- Keyes, C. L. M. (2009). Brief description of the mental health continuum short form (MHC-SF). *American Journal of Public Health, 100*(12), 2366–71. doi:10.2105/AJPH.2010.192245
- Keyes, C. L. M. (2011). Toward a science of mental health. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *The oxford handbook of positive psychology*. Oxford University Press
- Kohn, P. M., & Macdonald, J. E. (1992). The Survey of Recent Life Experiences: A decontaminated hassles scale for adults. *Journal Of Behavioral Medicine, 15*(2), 221-236. doi:10.1007/BF00848327
- Kraaij, V., Arensman, E., & Spinhoven, P. (2002). Negative life events and depression in elderly persons: a meta-analysis. *The Journal of Gerontology: Series B, 57*, P87–P94.
- Kupferberg, A., Bicks, L., & Hasler, G. (2016). Social functioning in major depressive disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 69*, 313-332. doi: 10.1016/j.neubiorev.2016.07.002.
- Lahey, B. (2009). Public health significance of neuroticism. *American Psychologist, 64*, 241-256.
- Lamers, S. M., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M., & Keyes, C. L. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal Of Clinical Psychology, 67*(1), 99-110. doi:10.1002/jclp.20741
- Layard, R. (2005). *Happiness: Lessons from a New Science*. London: Penguin Books.
- Lehtinen, V., Sohlman, B., & Kovess-Masfety, V. (2005). Level of positive mental health in the European Union: Results from the Eurobarometer 2002 survey. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health, 1*(9), 1-7.
- Lewinsohn, P. M., Joiner, T. E., & Rohde, P. (2001). Evaluation of cognitive diathesis-stress models in predicting major depressive disorders in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 203-215.
- Lisspers, J., Nygren, A., & Söderman, E. (1997). Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD): some psychometric data for a Swedish sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 96*, 281-286.

- Luyten, P. & Blatt, S. J. (2013). Interpersonal relatedness and self-definiton in normal and disrupted personality development: retrospect and prospect. *American Psychologist*, 68, 172-183. doi: 10.1037/a0032243
- Mays, V. M. & Cochran, S. D. (2001). Mental Health Correlates of Perceived Discrimination Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults in the United States. *American Journal of Public Health*, 91(11), 1869-1876. doi: 10.2105/AJPH.91.11.1869
- Mazure, C. M. (1998). Life Stressors as risk factors in depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 291-313.
- Moorey, S., Greer, S., Watson, M., Gorman, C., Rowden, L., Tunmore, R., Robertson, B., & Bliss, J. (1991). The factor structure and factor stability of the hospital anxiety and depression scale in patients with cancer. *British Journal of Psychiatry*, 158, 255-259.
- Myers, A. & Rosen, J. C. (1999). Obesity stigmatization and coping: Relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem. *International Journal of Obesity*, 23, 221-230.
- 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. *British Journal of Psychiatry*, 179(6), 540-544. doi: 10.1192/bjp.179.6.540
- Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41, 908-916. doi:10.1016/j.jrp.2006.08.002
- Nietzel, M. T. & Harris, M. J. (1990). Relationship of dependency and achievement/autonomy to depression. *Clinical Psychology Review*, 10, 279-297. doi: 10.1016/0272-7358(90)90063-G.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 504-511.
- Noorbala, F., Borjali, A., Ahmadian-Attari, M. M., & Noorbala, A. A. (2013). Effectiveness of Compassionate Mind Training on Depression, Anxiety, and Self-Criticism in a Group of Iranian Depressed Patients. *Iranian Journal of Psychiatry*, 8(3), 113-117.
- Oram, S., Khalifeh, H., & Howard, L. M. (2016). Violence against women and mental health. *The Lancet Psychiatry*. Retrieved 20.11.2016, from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2215036616302619>. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30261-9

- Parker, G., McCraw, S., & Hadzi-Pavlovic, D. (2015). Unipolar and bipolar patient responses to a new scale measuring the consequences of depression. *Psychiatry Research*, 230(2), 676-681. doi: 10.1016/j.psychres.2015.10.024
- Patel, V., Lund, C., Hatheril, S., Plagerson, S., Corrigall, J., Funk, M., & Flisher, A. J. (2010). Mental disorders: equity and social determinants. In: Blas E, Kurup AS, editors (2010). *Equity, social determinants and public health programmes* (115-134). Geneva: World Health Organization Press.
- Paykel, E. S. (1978). Contribution of life events to causation of psychiatric illness. *Psychological Medicine Journal*, 8(2), 245–253.
- Reyes-Rodríguez, M. L., Rivera-Medina, C. L., Cámara-Fuentes, L., Suárez-Torres, A., & Bernal, G. (2013). Depression symptoms and stressful life events among college students in Puerto Rico. *Journal of Affective Disorders*, 145(3), 324–330.
- Rice, F., Harold, G. T., & Thapar, A. (2003). Negative life events as an account of age-related differences in the genetic aetiology of depression in childhood and adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 44, 977–987
- Rizvi, S. J., Cyriac, A., Grima, E., Tan, M., Lin, P., Gallagher, L. A., McIntyre, R. S., & Kennedy, S. H. (2015). Depression and employment status in primary and tertiary care settings. *Canadian Journal of Psychiatry*, 60, 14–22
- Rudolph, K. D. (2002). Gender differences in emotional responses to interpersonal stress during adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 30, 3-13.
- Rudolph, K. D. & Hammen, C. (1999). Age and gender as determinants of stress exposure, generation, and reactions in youngsters: a transactional perspective. *Child Development*, 70, 660-677.
- Ryff, C., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, 69(4), 719–727. doi:10.1037//0022 - 3514.69.4.719
- Savard, J., Laberge, B., Gauthier, J. G., Ivers, H., & Bergeron, M. G. (1998). Evaluation anxiety and depression in HIV-infected patients. *Journal of Personality Assessment*, 71(3), 349-367. doi: 10.1207/s15327752jpa7103\_5
- Schlipfenbacher, C., & Jacobi, F. (2014). Psychische Gesundheit: Definition und Relevanz. *Public Health Forum*, 22(1), 2.e1-2.e5. doi: 10.1016/j.phf.2013.12.012
- Seeman, T. E. (1996). Social ties and health: the benefits of social integration. *Annals of Epidemiology*, 6(5), 442–451.



- Shafran, R., Cooper, Z., & Fairbun, C. G. (2002). Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *40*, 773-791. doi: 10.1016/S0005-7967(01)00059-6
- Simon, G. E. (2003). Social and Economic Burden of Mood Disorders. *Society of Biological Psychiatry*, *54*, 208-215. doi:10.1016/S0006-3223(03)00420-7.
- Sprangler, D. L., Simons, A. D., Monroe, S. M., & Thase, M. E. (1996). Gender differences in cognitive diathesis-stress domain match: implications for differential Pathways to depression. *Journal of Abnormal Psychology*, *105*, 653-657.
- Stansfeld, S. A. (1999). Social support and social cohesion. In: Marmot, M. G., & Wilkinson, R. G. *Social determinants of health* (2005). Oxford: Oxford University Press.
- Stinson, J. D., Quinn, M. A., & Levenson, J. S. (2016). The impact of trauma on the onset of mental health symptoms, aggression, and criminal behavior in an inpatient psychiatric sample. *Child Abuse & Neglect*, *61*, 13-22. doi: 10.1016/j.chiabu.2016.09.005
- Stordal, E., Bjartveit Krüger, M., Dahl, N. H., Krüger, Ø., Mykletun, A., & Dahl, A. A. (2001). Depression in relation to age and gender in the general population: the Nord-Trøndelag Health Study (HUNT). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *104*(3), 210-216.
- Surtees, P. G., Miller, P. M., Ingham, J. G., Kreitman, N. B., Rennie, D., Sashidharan, S. P. (1986). Life events and the onset of affective disorder: a longitudinal general population study. *Journal of Affective Disorders*, *10*(1), 37-50.
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, *9*(3), 455-472.
- Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G. (2004). *Posttraumatic Growth: Conceptual Foundation and Empirical Evidence*. Philadelphia, PA: Lawrence Erlbaum Associates.
- Tedeschi, R. G., Park, C. L., & Calhoun, L. G. (1998). *Posttraumatic growth: Positive change in the aftermath of crisis*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- Temple, J. R., Choi, H. J., Elmquist, J., Hecht, M., Miller-Day, M., Stuart, G. L., Brem, M., & Wolford-Clevenger, C. (2016). Psychological Abuse, Mental Health, and Acceptance of Dating Violence Among Adolescents. *Journal of Adolscnt Health*, *59*(2), 197-202. doi: 10.1016/j.jadohealth.2016.03.034
- Thompson, R. & Zuroff D. C. ( 2004). The levels of self criticism scale: comparative self criticism and internalized self criticism. *Personality and Individual Differences*, *36*, 419-430.
- Torrey, E.F. (2001). *The invisible plague: The rise of mental illness from 1750 to the present*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

- Weich, S., Brugha, T., King, M., McManus, S., Bebbington, P., Jenkins, R., Cooper, C., McBride, O., & Stewart-Brown, S. (2011). Mental well-being and mental illness: findings from the adult psychiatric morbidity survey for England 2007. *The British Journal of Psychiatry*, *199*(1), 23–28. doi:10.1192/bjp.bp.111.091496
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2010). Mental illness and mental health: the two continua model across the lifespan. *Journal of adult development*, *17*(2), 110–119. doi:10.1007/s10804-009-9082-y
- Wettergren, L., Langius, A., Björkholm, M., & Björvell, H. (1997). Physical and psychosocial functioning in patients undergoing autologous bone marrow transplantation - a prospective study. *Bone Marrow Transplantation*, *20*(6), 497-502.
- Whitaker, R. (2010). *Anatomy of an epidemic: Magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America*. New York: Random House.
- Wilkinson, R. & Marmot, M. (2003). *The Solid Facts*. Copenhagen: World Health Organization.
- Wilkinson, R. & Pickett, K. (2010). *The Spirit Level: Why Equality is Better for Everyone*. London: Penguin.
- Williams, D. R. & Williams-Morris, R. (2000). Racism and Mental Health: The African American experience. *Ethnicity & Health*, *5*(3-4), 243-286. doi: 10.1080/713667453
- Yamaguchi, A., Kim, M.-S., & Akutsu, S. (2014). The effects of self-construals, self-criticism, and self-compassion on depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, *68*, 65-70. doi: 10.1016/j.paid.2014.03.013.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *67*(6), 361-370. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x
- Zimmermann, L. & Körner, M. (2014). Emotionale Erschöpfung und Wohlbefinden bei Gesundheitsfachberufen. *Public Health forum*, *22*(1), 30.e1-30.e3. doi: 10.1016/j.phf.2013.12.028
- Zou, K. H., Tuncali, K., & Silverman, S. G. (2003). Correlation and simple linear regression 1. *Radiology*, *227*(3), 617-628.
- Zuroff, D. C., Santor, D. A., & Mongrain, M. (2005). Dependency, self-criticism, and maladjustment. In J.S. Auerbach, K.J. Levy, C.E. Schaffer (Eds.), *Relatedness, self-definition and mental representation: Essays in honor of Sidney J. Blatt*, London: Brunner-Routledge