



Universiteit Utrecht

Zelfcompassie en acceptatie, een nieuwe manier van behandelen bij ernstige somatoforme stoornissen?

Een onderzoek naar de relatie van zelfcompassie en acceptatie met psychopathologie, lichamelijke klachten en kwaliteit van leven bij patiënten met een ernstige somatoforme stoornis.

Auteur: Rosa Groen
Studentnummer: 3408833
Begeleider: Dr. J. H. Houtveen
Datum: 26 augustus 2013

Masterthese Klinische en Gezondheidspsychologie
Universiteit Utrecht

Samenvatting

Recentelijk is er belangstelling ontstaan voor de potentiële therapeutische waarde van mechanismen van mindfulness in de behandeling van somatoforme stoornissen. Twee van deze mechanismen zijn zelfcompassie en acceptatie. Deze studie onderzocht de relatie van zelfcompassie (SCS) en acceptatie (AAQ) met psychopathologie (BSI), lichamelijke klachten (LKV) en kwaliteit van leven (RAND-36) in een steekproef van patiënten met ernstige somatoforme stoornissen (N = 205). Verwacht werd dat zelfcompassie en acceptatie een negatief verband met psychopathologie en lichamelijke klachten, en een positief verband met kwaliteit van leven zouden vertonen. Daarnaast werd verwacht dat de combinatie van zelfcompassie en acceptatie meer variantie in de uitkomstmaat zou verklaren dan de constructen apart van elkaar. Univariante analyses toonden aan dat zowel de SCS als de AAQ significant negatief correleerden met de BSI en de LKV. Een positieve correlatie met de RAND-36 werd voor zowel de SCS als de AAQ gevonden. Multivariate analyses toonden aan dat alleen in het geval van de RAND-36 de combinatie van de SCS en AAQ meer variantie verklaarde dan de constructen apart van elkaar. De AAQ vertoonde in alle gevallen een sterker verband met de uitkomstmaten dan de SCS. Op exploratieve basis is er gekeken naar de subschalen van de SCS, BSI en RAND-36. Vanwege de correlatieve aard van onderzoek dienen deze bevindingen terughoudend geïnterpreteerd te worden. Verder experimenteel onderzoek wordt aangeraden.

Abstract

Recently, mechanisms of mindfulness have received attention for their potential therapeutic value in the treatment of somatoform disorders. Two of these mechanisms are self-compassion and acceptance. The objective of the present study was to assess the relation of self-compassion (SCS) and acceptance (AAQ) with psychopathology (BSI), physiological symptoms (PSC) and quality of life (RAND-36) in a sample of patients with severe somatoform disorders (N = 205). It was hypothesized that self-compassion and acceptance would be negatively associated with psychopathology and physical symptoms and positively associated with quality of life. In addition it was expected that the combination of self-compassion and acceptance would explain more of the variance in the outcome measures than they would independent of each other. Univariante analyses showed that both the SCS and the AAQ significantly negatively correlated with the BSI and the PSC. Both the SCS and AAQ positively correlated with the RAND-36. Multivariate analyses showed that only for the RAND-36 the combination of the SCS and AAQ was superior to the two constructs independently in explaining variance. In all cases the AAQ showed a stronger association with the outcome measures than the SCS did. Analyses of SCS, BSI, and RAND-36 subscales were performed on an exploratory basis. Because of the correlational nature of this study, the findings should be interpreted with caution. Further experimental research is recommended.

Inleiding

In de afgelopen twee decennia is er onder wetenschappers en klinici een groeiende interesse ontstaan in wat de ‘derde generatie cognitieve en gedragstherapieën’ wordt genoemd (Bishop et al., 2004; Chiesa & Serretti, 2011; Gaudino, 2006; Herbert & Forman, 2011; Öst, 2007; Shapiro, Oman, Thoresen, Plante & Flinders, 2008). Waar Cognitieve Gedragstherapie (CGT) zich kenmerkt door de nadruk op controle over, of verandering van, de inhoud, frequentie en/of de vorm van cognities, bevorderen de derde generatie therapieën een verschuiving naar meer contextuele methoden. Deze therapieën, hoewel heterogeen, hebben met elkaar gemeen dat zij zich richten op het bevorderen van waardevolle handelingen en psychologische flexibiliteit (Costa & Pinto-Gouveia, 2011; Hayes, 2004; Lunde & Nordhus, 2009). Niet langer de vorm of inhoud, maar de context en de functie van interne fenomenen staan hierbij op de voorgrond (Costa & Pinto-Gouveia, 2011; Hayes, 2011; Hayes, 2004). De derde generatie therapieën trachten deze context en functie te veranderen via, onder andere, processen van mindfulness, om zo hun impact op het gedrag te verminderen (Costa & Pinto-Gouveia, 2011). Mindfulness is afkomstig uit de Oosterse contemplatieve tradities en is door de hedendaagse Westerse psychologie overgenomen als een aanpak om bewustzijn van mentale processen die bijdragen aan emotionele stress en maladaptief gedrag te verhogen. Ook het bevorderen van vaardigheden om hier kundig op te reageren is een belangrijk aspect van mindfulness (Bishop et al., 2004; Kabat-Zinn, 2003; Shapiro, Carlson, Astin & Freedman, 2006). Mindfulness interventies worden ingezet om het lijden dat geassocieerd wordt met fysieke, psychosomatische en psychiatrische stoornissen te verlichten (Grossman, Niemann, Schmidt & Walach, 2004). Mindfulness kent twee centrale componenten. Het eerste component omvat de zelfregulatie van aandacht zodat het vastgehouden kan worden op gewaarwordingen in het hier en nu. Het tweede component bestaat uit het aannemen van een bepaalde oriëntatie op deze gewaarwordingen die gekenmerkt wordt door een nieuwsgierige, open en niet-veroordelende houding (Bishop et al., 2004). Twee interessante constructen die nauw gerelateerd zijn aan, en deels overlappen met, mindfulness zijn acceptatie en zelfcompassie.

De reden van de toenemende interesse in constructen zoals zelfcompassie en acceptatie kan gevonden worden in de ontstane twijfel over de effectiviteit, en zelfs de noodzaak, van het cognitieve component in de CGT. Zo worden cognitieve interventies niet uniek geassocieerd met veranderingen in cognities (Arntz, 2002; McManus, Clark, & Hackmann, 2000; Westling & Öst, 1995 zoals geciteerd in Orsillo, Roemer, Block Lerner & Tull, 2011), en bestaat er weinig evidentie dat specifieke, inhouds-georiënteerde, cognitieve interventies de effectiviteit van cognitieve therapie verhogen (Gaudino, 2006). Desalniettemin heeft CGT een indrukwekkende mate van effectiviteit onder relatief specifieke groepen zoals unipolaire depressie en diverse angststoornissen (Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006). Problematisch is echter dat het merendeel van de studies naar de effectiviteit van CGT plaats hebben gevonden binnen steekproeven met voornamelijk angst- en depressieve klachten. Dit

maakt de effectiviteit bij andere stoornissen moeilijk in te schatten. Een voorbeeld hiervan zijn somatoforme stoornissen. Hoewel deze stoornissen in de klinische praktijk net zo vaak voorkomen als angst- en stemmingsstoornissen, bestaan er voor de somatoforme stoornissen beduidend minder trials van goede kwaliteit naar de behandeling van deze stoornissen (Kroenke, 2007; Witthöft & Hiller, 2010).

Het huidige onderzoek richt zich op zelfcompassie en acceptatie bij patiënten met (zeer) ernstige somatoforme stoornissen. Hoewel diverse auteurs de potentiële therapeutische waarde van (processen van) mindfulness en acceptatie in de behandeling van somatoforme stoornissen hebben gesuggereerd is onderzoek naar dit verband tot op heden schaars (Bass & Murphy, 1995; Brown, 2004; Feltz-Cornelis, Swinkels, Blankenstein, Hoedeman, & Keuter, 2011; Koelen, Bühring, Spaans, Broekhuysen & Lipovsky, 2010; Spaans, Koelen & Bühring, 2010; Witthoft & Hiller, 2010).

Acceptatie wordt gezien als een extensie van de niet-veroordelende houding die mindfulness kenmerkt. Acceptatie verwijst naar een bereidheid om gedachten, ervaringen en sensaties te laten zijn zoals zij zich in het huidige moment voordoen, of dit nu aangenaam of onaangenaam is, zonder ze te willen veranderen of naar ze te handelen (Baer & Krietemeyer, 2006; Lunde & Nordhus, 2009). Acceptatie omvat dus het experiëntieel open zijn naar de realiteit van het huidige moment (Costa & Pinto-Gouveia, 2011). Zelfcompassie is een relatief nieuw construct dat recentelijk door Neff (2003a, 2003b) is voorgesteld als een gezonde manier van zelfacceptatie (Neff, Rude & Kirkpatrick, 2007). Zelfcompassie wordt gedefinieerd als een warme en accepterende houding tegenover de aspecten van zichzelf en het leven waar men een afkeer van heeft en bestaat uit drie componenten. Ten eerste omvat het een warme en begripvolle houding tegenover onszelf wanneer we lijden, falen of ons ontoereikend voelen. Neff noemt dit component 'self-kindness'. In contrast met self-kindness staat self-judgement: het negeren van onze pijn of onszelf kwellen met zelfkritiek. Ten tweede behelst zelfcompassie een gevoel van 'common humanity': het erkennen dat lijden en persoonlijke ontoereikendheid een onderdeel van de menselijke ervaring is waar we niet altijd invloed op hebben. Tegenover common humanity staat 'isolation', het gevoel dat men als enige lijdt of fouten maakt. Ten slotte vereist zelfcompassie het nemen van een evenwichtige benadering tegenover onze negatieve emoties zodat gevoelens niet onderdrukt noch overdreven worden. Dit component wordt 'mindfulness' genoemd. In tegenstelling hiervan staat 'over-identification', het rumineren over de eigen tekortkomingen zodat we verstrikt raken in negatieve reactiviteit (Neff, 2003a, 2003b; Neff, Rude & Kirkpatrick, 2007; Neff & Vonk, 2009). Ondanks dat zelfcompassie een relatief nieuw begrip binnen de psychologie is, zijn er robuuste, replicerbare bevindingen die hogere zelfcompassie koppelen aan een lagere mate van psychopathologie (MacBeth & Gumley, 2012). In verschillende studies werd aangetoond dat zelfcompassie een krachtige voorspeller van mentale gezondheid is. Zo wordt zelfcompassie negatief geassocieerd met zelfkritiek, depressie, angst, ruminatie, gedachtesuppressie, neurotisch perfectionisme, negatief affect en piekeren terwijl er een positief verband bestaat met sociale verbondenheid, positief affect en levenstevredenheid (Keng, Smoski, Robins, Ekblad & Brantley,

2012; Neff et al., 2007; Van Dam, Sheppard, Forsyth & Earlywine, 2011; Wren et al., 2012). Naast psychologische gezondheid lijkt zelfcompassie ook invloed te hebben op fysieke gezondheid. Zo werd in een steekproef van patiënten met aanhoudende musculoskeletale pijn gevonden dat patiënten die een hogere mate van zelfcompassie rapporteerden minder beperkt werden door hun pijn, hun pijn minder catastrophoerden en meer self-efficacy tegenover hun pijn hadden (Wren et al, 2012). Ook onderzoek naar het effect van acceptatie op chronische pijn is veelbelovend. De acceptatie van chronische pijn wordt geassocieerd met een vermindering in pijn, psychologische distress, fysieke en psychologische beperkingen en een toename van de tijd dat mensen overdag actief zijn. Acceptatie van chronische pijn leidt tot een meer adaptieve reactie op pijn onafhankelijk van de invloeden van depressie, pijnintensiteit en pijn-gerelateerde angst (Costa & Pinto-Gouveia, 2011; McCracken & Eccleston, 2003 zoals geciteerd in McCracken, Vowles & Eccleston, 2004).

Het therapeutische effect van zelfcompassie en acceptatie op fysieke klachten, naast dat op psychologische symptomen, is wat deze constructen interessant maakt in relatie tot somatoforme stoornissen. Somatoforme stoornissen worden gekenmerkt door lichamelijke klachten die somatisch onvoldoende of niet kunnen worden verklaard. Er is sprake van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) bij “lichamelijke klachten die langer dan enkele weken duren en waarbij medisch onderzoek geen somatische aandoening die de klacht voldoende verklaart aantoonst”. Ook is het mogelijk dat bij een patiënt wel een somatische aandoening wordt gevonden maar dat de klachten “ernstiger of langduriger zijn ofwel het functioneren sterker beperken dan op grond van de aandoening te verwachten is” (Feltz-Cornelis et al., 2011, p. 9). Er wordt gesproken van een somatoforme stoornis bij SOLK die voldoet aan de criteria van een van de somatoforme stoornissen zoals beschreven in de DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). De DSM-IV-TR maakt onderscheid tussen zeven somatoforme stoornissen: somatisatiestoornis, pijnstoornis, conversiestoornis, ongedifferentieerde somatoforme stoornis, somatoforme stoornis niet anderszins omschreven, hypochondrie en gestoorde lichaamsbeleving (American Psychiatric Association, 2000). Er bestaat echter een aanzienlijke overlap tussen de verschillende syndromen (Feltz-Cornelis et al., 2011).

Somatoforme stoornissen en SOLK zijn vaak moeilijk te behandelen. CGT resulteert in een groot deel van de gevallen (71%) in een kleine tot matige daling in de ernst van de somatische symptomen (Cloninger & Dokucu, 2008; Kroenke, 2007; Kroenke & Swindle, 2000). Verbeteringen in functionele status van de patiënt treden maar in een kwart van de gevallen op (Cloninger & Dokucu, 2008). Iets minder dan de helft (46%) van de patiënten ondervinden een daling in de psychologische distress (Kroenke & Swindle, 2000). Naarmate de ernst en duur van de stoornis toenemen wordt behandeling gecompliceerder en minder effectief. Chroniciteit van de symptomen en comorbiditeit met depressieve, dissociatieve, angst- en persoonlijkheidsstoornissen zijn niet zeldzaam (De Waal, Arnold, Eekhof & Van Hemert, 2004; Cloninger & Dokucu, 2008; Bass & Murphy, 1995; Koelen et al., 2010; Feltz-Cornelis et al., 2011). In patiënten met comorbide stoornissen zijn de functionele

beperkingen, fysieke en psychologische symptomen additief wat leidt tot een hogere lijdensdruk en slechtere prognose (De Waal et al., 2004). Vaak hebben patiënten met ernstige somatoforme stoornissen al medische ingrepen ondergaan en worden zij na een lang medisch-somatisch traject doorverwezen naar de geestelijke gezondheidszorg (Feltz-Cornelis et al., 2011; Koelen et al., 2010). Behandelrichtlijnen stellen in deze gevallen dat het somatiseren een gegeven is dat geaccepteerd moet worden. Casemanagement en het beperken van iatrogene schade staan op de voorgrond. CGT wordt alleen aanbevolen wanneer de patiënt hiervoor te motiveren is (Feltz-Cornelis et al., 2011). In ernstige gevallen van somatoforme stoornissen kan opname in een derdelijns instelling en multidisciplinaire behandeling raadzaam zijn (Feltz-Cornelis et al., 2011). Ernstige somatoforme stoornissen stellen clinici dus voor een uitdaging; CGT is matig effectief en de prognose is slecht. Wellicht biedt een verschuiving van de focus op het veranderen van cognities over de huidige situatie naar een accepterende compassievolle houding uitkomst bij het verlagen van de lijdensdruk in deze groep patiënten

In dit onderzoek zal gekeken worden naar de relatie van zelfcompassie en acceptatie met symptomen van psychopathologie, lichamelijke klachten en kwaliteit van leven in een groep patiënten met (zeer) ernstige somatoforme stoornissen. Verwacht wordt dat er een negatieve relatie bestaat tussen psychologische klachten en zelfcompassie (hypothese 1) en psychologische klachten en acceptatie (hypothese 2). Daarnaast wordt verwacht dat de combinatie van zelfcompassie en acceptatie een grotere proportie variantie in psychopathologie verklaart dan de twee constructen afzonderlijk van elkaar (hypothese 3). In de relatie met lichamelijke klachten wordt verwacht dat er zowel met zelfcompassie (hypothese 4) als acceptatie (hypothese 5) een negatief verband bestaat. Ook hier wordt verwacht dat zelfcompassie en acceptatie een additief effect op elkaar hebben in de relatie tot lichamelijke klachten (hypothese 6). Ten slotte wordt verwacht dat zelfcompassie (hypothese 7) en acceptatie (hypothese 8) een positieve relatie vertonen met kwaliteit van leven en dat de combinatie van de twee constructen een grotere proportie aan variantie in kwaliteit van leven (hypothese 9). Er zijn geen verwachtingen over de eventuele interacties tussen zelfcompassie en acceptatie. Mediatie en moderatie zal dan ook op exploratieve basis onderzocht worden. Ook verdere analyses van de zelfcompassie-subschalen en subschalen van psychopathologie zullen op exploratieve basis uitgevoerd worden.

Methode

Participanten

De participanten in deze studie waren patiënten met ernstige somatoforme stoornis of waarbij zeer sterk het vermoeden bestond dat er sprake was van deze stoornis. Werving verliep middels de intakeprocedure bij een derdelijns ggz-instelling gespecialiseerd in psychosomatiek (Altrecht

Psychosomatiek). De uiteindelijke steekproef bestond uit 205 deelnemers van wie 144 vrouwen (70.24%) en 61 mannen (29.76%). De gemiddelde leeftijd was 41.58 jaar ($SD = 11.81$).

Meetinstrumenten

Zelfcompassie Zelfcompassie werd gemeten aan de hand van de Nederlandse bewerking en vertaling van de Self-Compassion Scale (SCS) (Neff & Vonk, 2009). De SCS bestaat uit 24 items verdeeld over zes subschalen die elk een negatief en een positief aspect van drie verschillende facetten representeren: 'Self-Kindness' (S-K) ("Ik probeer begripvol en geduldig te zijn tegenover die aspecten van mijn persoonlijkheid die me niet bevallen") vs. 'Self-Judgement' (S-J) ("Ik ben afkeurend en oordelend tegenover mijn eigen tekortkomingen"), 'Common Humanity' (CH) ("Ik probeer mijn mislukkingen te zien als een gewoon onderdeel van het menselijk bestaan") vs. 'Isolatie' (Iso) ("Als ik denk aan mijn tekortkomingen, voel ik me daardoor afgezonderd van de rest van de wereld") en 'Mindfulness' (Mi) ("Als er iets pijnlijks gebeurt, probeer ik een gebalanceerde kijk op de situatie in te nemen") vs. 'Overidentificatie' (OI) ("Als ik me rot voel, ben ik geneigd me te fixeren op alles wat er mis is"). Elk item wordt gescoord op een 7-puntsschaal waarbij 1 ("zelden of nooit") de minimale en 7 ("bijna altijd") de maximale score is. Om de score per subschaal te berekenen wordt het gemiddelde van de scores op de items die bij de betreffende subschaal horen berekend. De totaalscore komt tot stand door het gemiddelde van de scores van alle items te berekenen nadat negatief geformuleerde items (items 1, 2, 6, 9, 10, 15, 16, 17, 18, 20, 21 en 23) omgescoord zijn (min 1, max 7). De SCS heeft een goede interne consistentie, convergente validiteit, discriminante validiteit en test-hertest betrouwbaarheid (Neff, 2003; Wren et al., 2012).

Experiëntiële Acceptatie Experiëntiële acceptatie werd gemeten door middel van de Nederlandse versie van de Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II-NL) (Jacobs, Kleen, De Groot & A-Tjak, 2008). De AAQ-II-NL bestaat uit 10 items die gescoord worden op een 7-puntsschaal van 1 ("nooit waar") tot en met 7 ("altijd waar"). Items 2, 3, 4, 5, 7, 8 en 9 worden omgescoord. De totaalscore wordt berekend door de itemscores op te tellen (min 10, max 70). Een hogere totaalscore representeert een hogere mate van acceptatie en een lagere mate van vermijding. De AAQ-II-NL heeft een goede constructvaliditeit en interne consistentie.

Somatische Klachten Voor het meten van de aard en het aantal lichamelijke klachten is gebruik gemaakt van de Lichamelijke Klachten Vragenlijst (LKV) (Van Hemert, 2003). De LKV is een in Nederland ontwikkelde lijst die bestaat uit 51 lichamelijke klachten verdeeld over alle orgaansystemen. De aanwezigheid van een symptoom in de voorgaande week wordt aangegeven door op een 4-puntsschaal (0= geen, 3= vaak). Bij een score van 2 en 3 wordt een symptoom als 'aanwezig' beschouwd. De totaalscore bestaat uit de som van deze symptomen (min 0, max 153). De LKV is een veelgebruikt instrument voor het bepalen van de ernst en het verloop van somatoforme stoornissen. De

aanwezigheid van een lichamelijke ziekte heeft slechts een beperkte invloed op de uitkomst (De Waal et al., 2004; Van Hemert, De Waal & Van Rood, 2004). De LKV is tot op heden niet gevalideerd. Sinds kort zijn er wel normgegevens beschikbaar.

Algehele Psychopathologie Om de aanwezigheid en ernst van psychopathologie te inventariseren is er gebruik gemaakt van de Nederlandse vertaling van de Brief Symptom Inventory (BSI) (De Beurs, 2004). De BSI bestaat uit 53 items verdeeld over negen subschalen: ‘somatische klachten’ (SOM), ‘cognitieve problemen’ (COG), ‘interpersoonlijke gevoeligheid’ (INT), ‘depressieve stemming’ (DEP), ‘angst’ (ANG), ‘hostiliteit’ (HOS), ‘fobische angst’ (FOB), ‘paranoïde gedachten’ (PAR) en ‘psychoticisme’ (PSY). De items worden gescoord op een 5-puntsschaal van 0 (helemaal geen) tot en met 4 (heel veel). De scoring wordt per schaal bepaald door het gemiddelde te berekenen van de corresponderende items, hoe hoger de score hoe ernstiger de klachten. De totaalscore bestaat uit het gemiddelde van alle items (min 0, max 4). De BSI heeft een goede betrouwbaarheid en is convergent en divergent voldoende valide (De Beurs & Zitman, 2006).

Kwaliteit van Leven De Nederlandse vertaling van de Short Form Health Survey (SF-36) werd gebruikt voor het meten van de (subjectief) ervaren gezondheid en gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. De SF-36 bestaat uit 36 items verdeeld over acht subschalen: ‘fysiek functioneren’ (10 items), ‘rolbeperking door lichamelijk functioneren’ (4 items), ‘lichamelijke pijn’ (2 items), ‘algemene gezondheid’ (5 items), ‘vitaliteit’ (4 items), ‘sociaal functioneren’ (2 items), ‘rolbeperking door emotionele problemen’ (3 items) en ‘psychische gezondheid’ (5 items). Per subschaal worden de ruwe scores berekend en getransformeerd naar een schaal van 0 tot 100. Een hogere score betekent een betere gezondheidstoestand en hogere kwaliteit van leven. De SF-36 is gevalideerd binnen Nederlandse algemene en chronisch zieke populaties en beschikt over goede psychometrische kwaliteiten (Aaronson et al., 1998).

Procedure

Participanten vulden een standaard testbatterij bestaande uit 14 vragenlijsten in als onderdeel van de intakeprocedure bij Altrecht Psychosomatiek te Zeist en Den Dolder. De zelfcompassievragenlijst was aan deze testbatterij toegevoegd met informatie over het onderzoek en een formulier voor het verlenen van informed consent. Ook patiënten die op het moment dat het onderzoek begon al in behandeling waren werd gevraagd de zelfcompassievragenlijst in te vullen.

Design en Data-analyse

De studie had een correlatieel cross-sectioneel design. Voorafgaand aan het toetsen van de hypothesen is er gecontroleerd op uitschieters, missende waarden en normaalverdeling. Uitschieters werden gedetecteerd middels de ‘Outlier Labelling Rule’ (Hoaglin, Iglewicz & Tukey, 1986) waarbij

een g -waarde van 2.2 werd gehanteerd (Hoaglin & Iglewicz, 1987). Wanneer de uitschieters minder dan 5% van de data besloegen werden deze gewinsorized; het veranderen van de uitschieter naar de dichtstbijzijnde laagste/hogste waarde binnen de lower en upper bound. Wanneer uitschieters meer dan 5% van de data besloegen werden deze getrimd; de case werd uit de dataset verwijderd. Aan de hand van 'Little's Missing Completely at Random' (MCAR) test werd de assumptie dat er geen onderliggend patroon in missende waarden bestond, en deze waarden dus compleet 'at random' ontbraken, getoetst. Wanneer dit het geval was werden de missende waarden vervangen middels het 'Expectation Maximization' algoritme. Ten slotte werd er op twee manieren gecontroleerd op normaalverdeeldheid: visueel en statistisch. Visuele inspectie van normaalverdeeldheid verliep middels een histogram met een normaalverdeling-lijn en Q-Q plots. Voor de statistische controle werd gebruik gemaakt van de Shapiro-Wilk test. Wanneer er sprake was van scheefverdeeldheid werd de Spearman-correlatie aangehouden. Bij alle drie de criteriumvariabelen is gekeken naar een eventuele sekse- en leeftijdsverschillen

De hypothesen over de relatie tussen zelfcompassie óf acceptatie en de uitkomstmaten (psychopathologie, lichamelijke klachten en kwaliteit van leven) werden getoetst door middel van een correlatie (hypothesen 1, 2, 4, 5, 7 en 8). Om een terughoudende uitspraak te kunnen doen over de verklaarde variantie is er voor gekozen om de middels een univariate regressieanalyse verkregen adjusted R^2 te rapporteren. De hypothesen dat de combinatie van zelfcompassie en acceptatie beter was in het voorspellen van de uitkomstmaat dan de constructen afzonderlijk van elkaar waren (hypothesen 3, 6 en 9) zijn getoetst middels een hiërarchische multiple regressie. De variabele met de hoogste correlatie met de uitkomstmaat werd in het eerste blok ingevoegd. In het tweede blok werd de andere variabele toegevoegd. Aan de hand van de ΔR^2 kon een uitspraak worden gedaan over de hypothese.

Mediatie werd getoetst middels meerdere regressieanalyses tussen de onafhankelijke, mediator- en afhankelijke variabelen. Om te kunnen spreken van mediatie moest de onafhankelijke variabele de mediator en afhankelijke variabele significant voorspellen. Daarnaast moest ook de mediator de afhankelijke variabele significant voorspellen. Ten slotte werd een Sobel-test uitgevoerd om de gehele mediatie op significantie te toetsen.

Om moderatie vast te stellen werden de onafhankelijke variabelen gecentreerd door voor elke variabele het gemiddelde van elke score af te trekken ($X1 - M_{X1}$). Door de gecentreerde variabelen met elkaar te vermenigvuldigen werd er een productterm berekend ($X1_{\text{Gecentreerd}} * X2_{\text{Gecentreerd}}$). Met deze drie nieuwe variabelen en de niet-getransformeerde afhankelijke variabele werd een multiple regressieanalyse uitgevoerd. Er werd gesproken van mediatie wanneer de productterm significantie vertoonde.

Exploratieve analyses zijn op dezelfde manier uitgevoerd als de hypothese toetsende analyses. Er werd alleen naar de zelfcompassieschalen gekeken wanneer zelfcompassie als geheel significantie

vertoonde. Subscales waarmee zowel zelfcompassie als acceptatie niet significant mee correleerde zijn niet verder exploratief onderzocht.

Alle statistische analyses werden uitgevoerd met behulp van SPSS 20.0. Bij alle analyses is $\alpha < .05$ aangehouden.

Resultaten

1. Correlationele analyse tussen zelfcompassie en acceptatie en tussen psychopathologie, lichamelijke klachten en kwaliteit van leven

Correlaties tussen zelfcompassie en acceptatie en tussen psychopathologie, somatische klachten en kwaliteit van leven zijn weergegeven in respectievelijk Tabel 1 en Tabel 2. De correlaties tussen zelfcompassie, acceptatie en de zelfcompassie-subscales zijn allen significant. Dit is niet langer het geval wanneer variabelen uitgepartialiseerd worden. De correlatie tussen zelfcompassie en acceptatie is middelgroot. Dit indiceert dat, ondanks inhoudelijke overlap, er duidelijk sprake is van twee afzonderlijke constructen.

Tabel 1. Zero-order en partiële correlaties tussen zelfcompassie en acceptatie

	AAQ	SCS-SK	SCS-SJ	SCS-CH	SCS-ISO	SCS-MF	SCS-OI
SCS	.58***	.82***	-.79***	.54***	-.63***	.74***	-.72***
AAQ	-	.42***	-.34***	.30**	-.58***	.48***	-.59***
SCS-SK	.08	-	-.57***	.61***	-.39***	.64***	-.33***
SCS-SJ	.18*	-.42***	-	-.27***	.58***	-.31***	.49***
SCS-CH	.02	.42***	.06	-	-.23***	.57***	-.24***
SCS-ISO	-.32***	-.03	.35***	.03	-	-.29***	.66***
SCS-MF	.24*	.39***	.07	.18*	.10	-	-.36***
SCS-OI	-.28**	.08	.22*	-.002	.40***	-.12	-

Noot. SCS = zelfcompassie, AAQ = acceptatie, SCS-SK = self-kindness subschaal, SCS-SJ = self-judgement subschaal, SCS-CH = common humanity subschaal, SCS-ISO = isolation subschaal, SCS-MF = mindfulness subschaal en SCS-OI = overidentificatie subschaal.

Zero-order correlaties boven, partiële correlaties onder.

* $< .05$, ** $< .01$, *** $< .001$

Correlaties tussen psychopathologie, lichamelijke klachten en kwaliteit van leven zijn significant.

Wanneer er naar de partiële correlaties wordt gekeken blijkt alleen het verband tussen psychopathologie en lichamelijke klachten significant te behouden nadat er gecontroleerd wordt voor kwaliteit van leven.

Tabel 2. Zero-order en partiële correlaties tussen psychopathologie, somatische klachten en kwaliteit van leven

	BSI [†]	LKV	RAND-36
BSI [†]	-	.64***	.58***
LKV	.52***	-	-.54***
RAND-36	-.34	-.26	-

Noot. BSI = psychopathologie, LKV = somatische klachten en RAND-36 = kwaliteit van leven. Zero-order correlaties boven, partiële correlaties onder

[†]Vanwege scheefverdeling is de Spearman correlatie gebruikt

*** < .001

2. Zelfcompassie, acceptatie en psychopathologie

2.1 De relatie tussen zelfcompassie en psychopathologie

Er werd verwacht dat er een significant negatief verband bestaat tussen zelfcompassie en psychopathologie (hypothese 1). Correlationele analyse bevestigt deze verwachting, $r^S(197) = -.48$, $p < .001$. Zelfcompassie verklaart 21% van de variantie in psychopathologie (Tabel 3). Dit geeft aan dat naarmate zelfcompassie toeneemt, het aantal en de ernst van psychische klachten afneemt.

Tabel 3. Waarden behorende bij de regressieanalyses van zelfcompassie op psychopathologie, lichamelijke klachten en kwaliteit van leven

	<i>F</i>	<i>df</i>	adj. <i>R</i> ²	<i>t</i>	β	<i>B (SD)</i>	<i>p</i>
Psychopathologie	52.43	1, 197	.21	-7.24	-.46	-.49 (.07)	.000
Lichamelijk klachten	16.59	1, 203	.071	-4.07	-.28	-9.39 (2.30)	.000
Mannen	5.99	1, 59	.077	-2.45	-.30	-10.00 (4.09)	.017
Vrouwen	8.25	1, 142	.048	-2.88	-.24	-8.03 (2.80)	.005
Kwaliteit van leven	31.24	1, 178	.15	5.59	.39	7.91 (1.41)	.000

Noot: Vanwege een significant verschil in scores, is de relatie tussen zelfcompassie en lichamelijke klachten apart getest voor mannen en vrouwen.

Om het verband tussen zelfcompassie en psychopathologie nader te onderzoeken zijn er op exploratieve basis verdere analyses uitgevoerd. Exploratieve analyse middels een multiple regressieanalyse van de zelfcompassieschalen op psychopathologie wijst uit dat de zes subschalen gezamenlijk 24% van de variantie in psychopathologie significant verklaren (Bijlage I, Tabel 2). Alleen voor de mate waarin men warm en begripvol tegenover zichzelf is (S-K) en waarin men rumineert over de eigen tekortkomingen (OI) vertonen de partiële regressiegewichten significantie (Bijlage I, Tabel 2).

Tabel 4. *Correlaties tussen zelfcompassie, acceptatie en de psychopathologie-subschalen.*

	Som	Cog	Int	Dep	Ang	Hos	Fob	Par	Psy
Acceptatie	-.37**	-.51**	-.66**	-.69**	-.54**	-.41**	-.53**	-.51**	-.62**
Zelfcompassie	-.21*	-.38**	-.45**	-.47**	-.39**	-.28**	-.32**	-.41**	-.42**

Noot. Som = Somatische klachten, Cog = Problemen met cognitieve functies, Int = Interpersoonlijke sensitiviteit, Dep = Depressie, Ang = Angst, Hos = Hostiliteit, Fob = Fobische angst, Par = Paranoid, Psy = Psychoticisme. * $<.01$, ** $<.001$

Tussen zelfcompassie en alle psychopathologieschalen bestaat een significant negatief verband (Tabel 4). Zelfcompassie verklaart tussen de 4% (somatische klachten) en 22% (depressieve stemming) van de variantie in de psychopathologieschalen (Bijlage I, Tabel 1). Om verder inzicht te verkrijgen in deze verbanden zijn multiple regressieanalyses van de zes zelfcompassieschalen op de psychopathologieschalen uitgevoerd (Bijlage I, tabel 3). Depressieve stemming, paranoïde gedachten en psychoticisme vertonen alleen met het partiële regressiegewicht voor isolatie (ISO) een significant positief verband. Voor problemen met cognitieve functies en angst vertoont alleen het partiële regressiegewicht voor overidentificatie (OI) significantie. In beide gevallen is er sprake van een negatief verband. Hostiliteit en somatische klachten houden alleen significant negatief verband met self-kindness (S-K). Voor de mate van interpersoonlijke sensitiviteit zijn isolatie (ISO) en overidentificatie (OI) significante predictoren. Dit verband is positief van aard. Opvallend is dat de regressie van de zelfcompassieschalen op fobische angst significant is terwijl geen van de subschalen op zichzelf significantie vertoont.

2.2 De relatie tussen acceptatie en psychopathologie

De verwachting was dat er een significante negatieve relatie bestaat tussen acceptatie en psychopathologie (hypothese 2). Correlationele analyse bevestigt deze verwachting, $r^S(127) = -.67$, $p <.001$. Acceptatie verklaart 41% van de variantie in psychopathologie (Tabel 5).

Om het verband tussen acceptatie en psychopathologie verder te onderzoeken zijn exploratieve analyses uitgevoerd. Correlationele analyse wijst uit dat er tussen alle psychopathologieschalen en acceptatie een significant negatief verband bestaat (Tabel 4). Acceptatie verklaart tussen de 12% (somatische klachten) en 47% (depressie) van de variantie in de psychopathologieschalen (Bijlage I, Tabel 4).

Tabel 5. Waarden behorende bij de regressieanalyses van acceptatie op psychopathologie, lichamelijke klachten en kwaliteit van leven

	<i>F</i>	<i>df</i>	adj. <i>R</i> ²	<i>t</i>	<i>β</i>	<i>B (SD)</i>	<i>p</i>
Psychopathologie	90.07	1, 127	.41	-9.49	-.64	-.04 (.004)	.000
Lichamelijk klachten	18.97	1, 127	.12	-4.33	-.36	-.02 (.01)	.000
Mannen	3.74	1, 44	.06	-1.93	-.28	-.57 (.29)	.060
Vrouwen	15.33	1, 83	.15	-3.92	-.40	-.69 (.18)	.000
Kwaliteit van leven	30.59	1, 122	.19	5.53	.45	.50 (.09)	.000

Noot: Vanwege een significant verschil in scores, is de relatie tussen acceptatie en lichamelijke klachten apart getest voor mannen en vrouwen.

2.3 De gecombineerde relatie tussen zelfcompassie en acceptatie en psychopathologie

Er werd verwacht dat de combinatie van zelfcompassie en acceptatie significant beter is in het voorspellen van de mate van psychopathologie dan de twee constructen afzonderlijk van elkaar (hypothese 3). Een hiërarchische multiple regressieanalyse wijst uit dat de proportie variantie in psychopathologie die de combinatie van zelfcompassie en acceptatie verklaart 41% bedraagt (Tabel 6). De combinatie van acceptatie en zelfcompassie is echter niet significant beter in het voorspellen van psychopathologie dan acceptatie alleen.

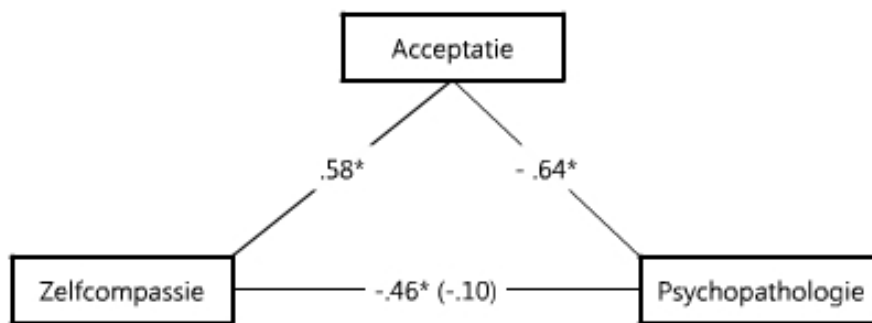
Tabel 6. Hiërarchische multiple regressieanalyses van zelfcompassie en acceptatie op psychopathologie.

Predictor	<i>t</i>	<i>β</i>	<i>B (SD)</i>	<i>p</i>	ΔR^2
Model 1: $F(1, 127) = 90.25$, adj. $R^2 = .41$, $p < .001$					.415***
Acceptatie	-9.49	-.64	-.04 (.004)	.000	
Model 2: $F(2, 126) = 45.90$, adj. $R^2 = .41$, $p < .001$					.007
Acceptatie	-6.92	-.58	-.04 (.005)	.000	
Zelfcompassie	-1.20	-.10	-.11 (.09)	.234	

Noot: * <.05, ** <.01, *** <.001

Daar zelfcompassie zijn significantie verliest wanneer acceptatie aan het model wordt toegevoegd is er een mediatieanalyse uitgevoerd. Aan alle voorwaarden voor mediatie is voldaan: de regressies van zelfcompassie op psychopathologie (Tabel 3) en acceptatie op psychopathologie (Tabel 5) zijn beide significant. Ook de regressie van zelfcompassie op acceptatie is significant ($F(1, 129) = 66.38$, adj. $R^2 = .34$; $\beta = .58$, $t(127) = 8.15$, $B(SD) = 10.46 (1.28)$, $p = .000$). Resultaten van de Sobel test ($= -6.19$, $p < .001$) suggereren dat de associatie tussen een hoge zelfcompassie en weinig psychopathologie significant gemedieerd wordt door acceptatie. Er is dus sprake van een volledige mediatie (zie *Figuur*

1). Een moderatieanalyse wijst uit dat er geen sprake is van moderatie tussen zelfcompassie en acceptatie (Tabel 7).



Figuur 1. Gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten bij mediatieanalyse.

Noot: * <.001

Exploratieve hiërarchische regressieanalyses van zelfcompassie en acceptatie op de psychopathologieschalen zijn allen significant (Bijlage I, Tabel 5). In alle gevallen is alleen acceptatie een significante predictor. De combinatie van zelfcompassie en acceptatie is in geen van de gevallen beter in het voorspellen van de psychopathologieschalen dan acceptatie afzonderlijk van zelfcompassie is. Wanneer er gekeken wordt naar de combinatie van acceptatie en de zelfcompassieschalen blijkt dat naast acceptatie de zelfcompassieschaal isolatie (ISO) een significante predictor is voor de psychopathologieschalen interpersoonlijke gevoeligheid en depressieve stemming. Angst wordt naast acceptatie ook significant voorspeld door overidentificatie (OI) en somatische klachten wordt naast acceptatie ook significant voorspeld door self-judgement (S-J) en isolation (ISO) (Bijlage I, Tabel 6).

3. Zelfcompassie, acceptatie en lichamelijke klachten

3.1 De relatie tussen zelfcompassie en lichamelijke klachten

De verwachting was dat er een significant negatief verband bestaat tussen zelfcompassie en lichamelijke klachten (hypothese 4). Met een correlatie van $r(203) = -.28, p <.001$, is dit inderdaad het geval. Zelfcompassie verklaart 7% van de variantie in lichamelijke klachten (Tabel 3).

Omdat de scores van mannen ($M = 47.71, SD = 24.42$) en vrouwen ($M = 56.85, SD = 21.39$) op de LKV significant van elkaar verschillen ($t(203) = -2.69, p <.01$) is op exploratieve basis de analyse herhaald voor mannen en vrouwen apart. Het verband tussen zelfcompassie en lichamelijke klachten blijft significant voor zowel mannen als vrouwen. Zelfcompassie verklaart respectievelijk 8% en 5% van de variantie in lichamelijke klachten significant (Tabel 3).

Verdere exploratieve analyse middels een multiple regressieanalyse van de zelfcompassieschalen op lichamelijke klachten laat zien dat geen van de partiële regressiegewichten

op zichzelf significant bijdragen aan het predictief vermogen van zelfcompassie. De mate waarin men warm en begripvol naar zichzelf is (S-K) of zijn pijn negeert en kritisch naar zichzelf is (S-J) vertonen echter een trend richting significantie (Bijlage I, Tabel 8).

Tabel 7. Waarden behorend bij de moderatieanalyses.

	t	B (SD)	β	p
Psychopathologie: $F(3, 125) = 30.67$, adj. $R^2 = .41$, $p < .001$				
Zelfcompassie	-1.31	-.12 (.09)	-.112	.194
Acceptatie	-6.94	-.04 (.005)	-.59	.000
Zelfcompassie*Acceptatie	.73	.004 (.005)	.052	.467
Lichamelijke klachten: $F(3, 127) = 6.86$, adj. $R^2 = .12$, $p < .001$				
Zelfcompassie	-1.11	-3.8 (3.42)	-.114	.269
Acceptatie	-2.94	-.56 (.19)	-.30	.004
Zelfcompassie*Acceptatie	.21	.041 (.20)	.018	.835
Kwaliteit van Leven: $F(3, 120) = 11.67$, adj. $R^2 = .21$, $p < .001$				
Zelfcompassie	1.97	3.98 (2.02)	.20	.05
Acceptatie	3.31	.37 (.11)	.33	.001
Zelfcompassie*Acceptatie	-.05	-.006 (.11)	-.004	.961

Noot. Zelfcompassie = gecentreerde waarden Self-Compassion Scale, Acceptatie = gecentreerde waarden Acceptance and Action Questionnaire, Zelfcompassie*Acceptatie = product van gecentreerde waarden.

3.2 De relatie tussen acceptatie en lichamelijke klachten

Verwacht werd dat er een significant negatief verband bestaat tussen acceptatie en lichamelijke klachten (hypothese 5). Dit lijkt inderdaad het geval te zijn, $r(131) = -.36$, $p < .001$. Acceptatie verklaart 12% van de variantie in lichamelijke klachten (Tabel 5). De analyse is exploratief herhaald voor mannen en vrouwen apart. Voor mannen is het verband tussen acceptatie en lichamelijke klachten niet significant. Voor vrouwen is dit wel het geval en verklaart acceptatie 15% van de variantie in lichamelijke klachten (Tabel 5).

3.3 De gecombineerde relatie tussen zelfcompassie en acceptatie en lichamelijke klachten

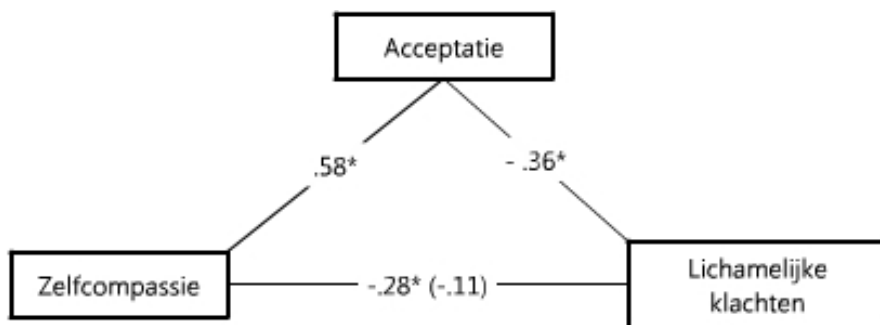
Om te toetsen of de combinatie van zelfcompassie en acceptatie significant beter is in het voorspellen van lichamelijke klachten dan de constructen afzonderlijk van elkaar (hypothese 6) is een hiërarchische multiple regressieanalyse uitgevoerd. Hieruit blijkt dat de proportie variantie in lichamelijke klachten die verklaard wordt door de combinatie van zelfcompassie en acceptatie niet significant hoger is dan de proportie variantie dat verklaard wordt door acceptatie afzonderlijk (Tabel 8).

Tabel 8. Hiërarchische multiple regressieanalyses van zelfcompassie en acceptatie op lichamelijke klachten.

Predictor	t	β	B (SD)	p	ΔR^2
Model 1: $F(1, 129) = 19.46$, adj. $R^2 = .12$, $p < .001$					.131 ^{***}
Acceptatie	-4.41	-.36	-.67 (.15)	.000	
Model 2: $F(2, 128) = 10.35$, adj. $R^2 = .13$, $p < .001$					.008
Acceptatie	-2.95	-.30	-.55 (.19)	.000	
Zelfcompassie	-1.10	-.11	-3.68 (3.36)	.276	

Noot: * < .05, ** < .01, *** < .001

Omdat zelfcompassie verklarend vermogen en ook zijn significantie verliest wanneer acceptatie aan het model wordt toegevoegd is er (exploratief) gecontroleerd op mediatie. Aan alle voorwaarden voor mediatie is voldaan: de regressies van zelfcompassie op lichamelijke klachten (Tabel 3) en acceptatie op lichamelijke klachten (Tabel 5) zijn beide significant. Ook de regressie van zelfcompassie op acceptatie is significant (zie 2.3 *De gecombineerde relatie tussen zelfcompassie en acceptatie en psychopathologie*). De Sobel test is significant ($= -2.78$, $p < .01$). Dit betekent dat acceptatie een volledige mediator is in de relatie tussen zelfcompassie en lichamelijke klachten (Figuur 2). Uit een (exploratieve) moderatieanalyse kan geconcludeerd worden dat er geen sprake was van moderatie (Tabel 7).



Figuur 2. Gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten bij mediatieanalyse.

Noot: * < .001

Om beter inzicht te krijgen in de relatie tussen zelfcompassie, acceptatie en lichamelijke klachten is er exploratief gekeken naar het effect van de verschillende zelfcompassieschalen op het verband. Een hiërarchische multiple regressieanalyse laat zien dat de zelfcompassieschalen 8% variantie significant verklaren bovenop acceptatie ($\Delta R^2 = .084$, $p = .047$). Dit lijkt een functie te zijn van de mate waarin men pijn negeert en kritisch naar zichzelf is (S-J) (Bijlage I, Tabel 8).

Vanwege het significante verschil tussen mannen en vrouwen zijn bovenstaande analyses op exploratieve basis herhaald voor mannen en vrouwen apart. De combinatie van zelfcompassie en acceptatie is niet significant gerelateerd aan lichamelijke klachten voor mannen maar wel voor vrouwen (Bijlage I, Tabel 7).

4. Zelfcompassie, acceptatie en kwaliteit van leven

4.1 De relatie tussen zelfcompassie en kwaliteit van leven

De verwachting was dat er een positief verband bestaat tussen zelfcompassie en kwaliteit van leven (KvL) (hypothese 7). Correlationele analyse bevestigt deze verwachting, $r(178) = .39, p < .001$.

Zelfcompassie verklaart 15% van de variantie in kwaliteit van leven (Tabel 3).

Een exploratieve analyse toont aan dat er een significant negatief verband bestaat tussen leeftijd en kwaliteit van leven, $r(181) = -.20, p < .05$. Dit is een functie van fysiek functioneren ($r = .17, p = .026$) en mentale gezondheid ($r = -.15, p = .05$). Wanneer er voor deze subschalen gecontroleerd wordt is het verband tussen kwaliteit van leven en leeftijd niet langer significant ($r = -.008, p = .91$).

Ook wanneer er in het verband tussen zelfcompassie en kwaliteit van leven gecontroleerd wordt voor leeftijd blijft de relatie significant, $r(175) = .40, p < .001$.

Tabel 9. Correlaties tussen zelfcompassie, zelfcompassie-subschalen, acceptatie, kwaliteit van leven en KvL-subschalen

	FyFunc	SoFunc	RolFy	RolEm	MG	Vi	Pi	AGB	GV	Rand-T
Acceptatie	.11	.19*	.08	.50***	.63***	.35***	.21**	.25**	.09	.45***
Zelfcompassie	.13	.11	.06	.38***	.47***	.38***	.19**	.20**	.17*	.38***
Self-Kindness	.17*	.14	.02	.27***	.38***	.35***	.18*	.10	.15*	.32***
Self-Judgement	-.17*	-.13	-.13	-.32***	-.32***	-.42***	-.17*	-.23**	-.15*	-.37***
Common Humanity	.10	.11	-.02	.23**	.31***	.25***	.06	.05	.02	.21**
Isolation	-.01	-.17*	-.10	-.36***	-.42***	-.33***	-.08	-.22**	-.09	-.33***
Mindfulness	.13	-.01	-.03	.27***	.34***	.19*	.16*	.09	.14	.25**
Overidentification	.06	-.10	-.06	-.33***	-.43***	-.24**	-.11	-.20**	-.08	-.27***

Noot: Fyfunc = 'Fysiek functioneren', SoFunc = 'Sociaal functioneren', RolFy = 'Fysieke rolbeperkingen', RolEm = 'Emotionele rolbeperkingen', MG = 'Mentale gezondheid', Vi = 'Vitaliteit', Pi = 'Pijn', AGB = 'Algemene gezondheidsbeleving', GV = 'Gezondheidsverandering', Rand-T = totaalscore KvL.

* $< .05$, ** $< .01$, *** $< .001$

Om de relatie tussen zelfcompassie en kwaliteit van leven nader te onderzoeken zijn er op exploratieve basis verdere analyses uitgevoerd. Zelfcompassie correleert significant met de subschalen emotionele rolbeperking, mentale gezondheid, vitaliteit, pijn en gezondheidsverandering (Tabel 9). De proportie in variantie die verklaard wordt door zelfcompassie varieert van 2% (gezondheidsverandering) tot

22% (mentale gezondheid) (Bijlage I, Tabel 9). De zelfcompassieschalen correleren allen significant met KvL. Een exploratieve multiple regressie wijst uit dat de combinatie van de zelfcompassieschalen 14% van de variantie in KvL verklaart (Bijlage I, Tabel 11). Wanneer er exploratief gekeken wordt naar welke KvL-subschalen significant gedeeltelijk verklaard worden door de combinatie van de zelfcompassieschalen blijkt dat dit het geval is voor fysiek functioneren, emotionele rolbeperking, mentale gezondheid, vitaliteit en algemene gezondheidsbeleving (Bijlage I, Tabel 11). De combinatie van de zelfcompassieschalen verklaart tussen de 4% (algemene gezondheidsbeleving) en 24% (mentale gezondheid) van de variantie in deze KvL-subschalen. Dit lijkt een functie te zijn van de mate waarin men pijn negeert en kritisch naar zichzelf is (S-J) en waarin men rumineert over de eigen tekortkomingen (OI).

4.2 De relatie tussen acceptatie en kwaliteit van leven

De verwachting was dat er een significant positief verband bestaat tussen acceptatie en kwaliteit van leven (hypothese 8). Dit wordt bevestigd door correlatieve analyse, $r(123) = .45, p < .001$. Acceptatie verklaart 19% van de variantie in kwaliteit van leven (Tabel 5). Nadat er gecontroleerd wordt voor leeftijd blijft het verband tussen acceptatie en kwaliteit van leven significant, $r(119) = .44, p < .001$. Exploratieve analyse van de relatie tussen acceptatie en kwaliteit van leven laat zien dat acceptatie significant correleert met de subschalen sociaal functioneren, emotionele rolbeperking, mentale gezondheid, vitaliteit, pijn en algemene gezondheidsbeleving (Tabel 9). Acceptatie verklaart tussen de 4% (sociaal functioneren) en 40% (mentale gezondheid) van de variantie in de subschalen (Bijlage I, Tabel 10).

4.3 De gecombineerde relatie tussen zelfcompassie en acceptatie en kwaliteit van leven

Verwacht werd dat de combinatie van zelfcompassie en acceptatie significant beter is in het voorspellen van kwaliteit van leven dan de twee constructen afzonderlijk van elkaar (hypothese 9). Hiërarchische multiple regressieanalyse bevestigt deze verwachting (Tabel 10). Hoewel de combinatie van zelfcompassie en acceptatie significant meer variantie in kwaliteit van leven verklaart dan acceptatie alleen, betreft dit maar een paar procent.

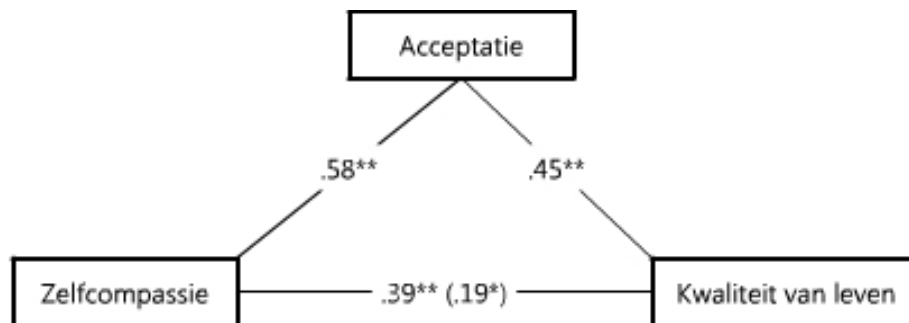
Op exploratieve basis is gekeken naar mediatie en moderatie. Aan alle voorwaarden voor mediatie is voldaan: de regressies van zelfcompassie op kwaliteit van leven (Tabel 3) en acceptatie op kwaliteit (Tabel 5) van leven zijn beide significant. Ook de regressie van zelfcompassie op acceptatie is significant (zie 2.3 *De gecombineerde relatie tussen zelfcompassie en acceptatie en psychopathologie*). Een Sobel-test ($= 3.07, p < .001$) wijst uit dat acceptatie de relatie tussen zelfcompassie en kwaliteit van leven significant partieel medieert (Figuur 3). Er was geen sprake van moderatie (Tabel 7).

Tabel 10. Hiërarchische multiple regressieanalyses van zelfcompassie en acceptatie op kwaliteit van leven.

Predictor	t	β	B (SD)	p	ΔR^2
Model 1: $F(1, 122) = 30.59$, adj. $R^2 = .19$, $p < .001$					.200 ^{***}
Acceptatie	5.53	.45	.50 (.09)	.000	
Model 2: $F(2, 121) = 17.67$, adj. $R^2 = .21$, $p < .001$					.026 [*]
Acceptatie	3.31	.33	.37 (.11)	.000	
Zelfcompassie	2.00	.20	3.97 (1.98)	.276	

Noot: * < .05, ** < .01, *** < .001

Om verder inzicht te verkrijgen in de relatie tussen zelfcompassie, acceptatie en kwaliteit van leven zijn op exploratieve basis verdere analyses uitgevoerd. Wanneer er gecontroleerd wordt voor leeftijd draagt alleen de mate waarin men pijn negeert en kritisch is tegenover zichzelf (S-J) naast acceptatie significant bij aan het verklarend vermogen voor kwaliteit van leven (Bijlage I, Tabel 12).



Figuur 3. Gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten van mediatieanalyse voor de relatie tussen zelfcompassie, acceptatie en kwaliteit van leven

Noot. * < .01, ** < .001

Exploratieve hiërarchische multiple regressieanalyses van zelfcompassie en acceptatie op de subschalen van kwaliteit van leven zijn significant voor emotionele rolbeperkingen, mentale gezondheid, vitaliteit, pijn en algemene gezondheidsbeleving. De subschalen vitaliteit en pijn worden alleen significant voorspelt door zelfcompassie, acceptatie voegt niet in significante mate toe aan de verklaarde variantie. Emotionele rolbeperkingen, mentale gezondheid en algemene gezondheidsbeleving worden alleen significant voorspelt door acceptatie. De combinatie van zelfcompassie en acceptatie is in geen van de gevallen significant beter in het voorspellen van de kwaliteit van leven subschalen dan de constructen afzonderlijk van elkaar (Bijlage I, Tabel 13).

Verdere exploratieve analyse van de subschalen vitaliteit en pijn laat zien dat geen van de zelfcompassieschalen (i.c.m. acceptatie) afzonderlijk significantie vertoont. De combinatie van de zelfcompassie-subschalen en acceptatie verklaart pijn niet in significante mate (Bijlage I, Tabel 14).

Discussie

In dit onderzoek is gekeken naar de relatie tussen zelfcompassie en acceptatie en psychopathologie, lichamelijke klachten en kwaliteit van leven in een groep patiënten met ernstige somatoforme stoornissen. Er werd empirische ondersteuning gevonden voor de verwachte relaties tussen zelfcompassie en psychopathologie, lichamelijke klachten en kwaliteit van leven (hypothesen 1, 4 en 7) en acceptatie en psychopathologie, lichamelijke klachten en kwaliteit van leven (hypothesen 2, 5 en 8). Zowel zelfcompassie als acceptatie werden geassocieerd met een mindere mate van psychopathologie en lichamelijke klachten en een hogere kwaliteit van leven.

De verwachtingen over de combinatie van zelfcompassie en acceptatie in relatie tot psychopathologie en lichamelijke klachten (hypothesen 3 en 6) vonden geen ondersteuning in dit onderzoek. In beide gevallen was de relatie met acceptatie superieur aan die met zelfcompassie en voegde zelfcompassie niet toe aan de variantie in psychopathologie en lichamelijke klachten die door acceptatie verklaard werd. De relatie tussen zelfcompassie en de uitkomstmaten werd in beide gevallen volledig gemedieerd door acceptatie. In het geval van kwaliteit van leven vond de verwachting dat de combinatie van zelfcompassie en acceptatie een hoger verklarend vermogen had dan de twee constructen afzonderlijk wel empirische ondersteuning (hypothese 9). Er werd in dit verband gevonden dat acceptatie de relatie tussen zelfcompassie en kwaliteit van leven partieel medieerde. In geen van de gevallen (hypothesen 3, 6 en 9) was er sprake van moderatie.

De potentiële therapeutische waarde van processen van mindfulness in de behandeling van somatoforme stoornissen is recentelijk door verschillende auteurs gesuggereerd (Brown, 2004; Feltz-Cornelis et al, 2011; Koelen et al., 2010; Spaans et al., 2010; Witthoft & Hiller, 2010). Eerder onderzoek naar de effecten van acceptatie wees uit dat de acceptatie van chronische pijn geassocieerd wordt met verminderingen in pijn, fysieke en psychologische beperkingen en psychologische distress (Costa & Pinto-Gouveia, 2011; McCracken & Eccleston, 2003 zoals geciteerd in McCracken et al., 2004). Resultaten van het huidige onderzoek zijn grotendeels in overeenstemming met deze eerdere bevindingen. Zo werd acceptatie geassocieerd met minder pijn en minder lichamelijke klachten. Acceptatie lijkt echter geen effect te hebben op het fysieke functioneren en beperkingen door fysieke problemen. De mate van acceptatie had een beperkt effect op lichamelijke klachten bij mensen met ernstige somatoforme stoornissen. Wel werd er een sterk positief verband van acceptatie met mentale gezondheid gevonden. Een hogere mate van acceptatie werd geassocieerd met minder psychopathologie. Dit verband was vooral sterk in het geval van depressieve klachten. Ook werd er gevonden dat patiënten met een hoge mate van acceptatie minder beperkingen door emotionele

problemen ondervonden, zich vitaler voelden en hun algemene gezondheid als beter beleefden dan patiënten met een lage mate van acceptatie.

Uit eerder onderzoek naar zelfcompassie is gebleken dat zelfcompassie geassocieerd wordt met een vermindering in psychopathologie, voornamelijk depressie en angst, en een krachtige voorspeller is van mentale gezondheid (Keng et al., 2012; MacBeth & Gumley, 2012; Neff et al., 2007; Van Dam et al., 2011; Wren et al., 2012). Bevindingen uit het huidige onderzoek ondersteunen dit. Zo werd er een negatieve samenhang tussen zelfcompassie en symptomen van psychopathologie gevonden. Dit was vooral duidelijk in de relatie met depressie en angst. In tegenstelling tot bevindingen uit eerder onderzoek (Wren et al., 2012) werd er geen verband gevonden tussen zelfcompassie en beperkingen door fysieke klachten. Zelfcompassie werd niet geassocieerd met fysiek functioneren. Wel werd er gevonden dat zelfcompassie een klein deel van de variantie in lichamelijke klachten verklaarde. Ook werd er een bescheiden negatief verband tussen zelfcompassie en pijn gevonden. Daarnaast beleven patiënten met een hogere mate van zelfcompassie hun gezondheid als beter dan patiënten met een lage zelfcompassie en rapporteren zij zich vitaler te voelen.

Er werden een aantal opmerkelijke bevindingen gedaan in dit onderzoek. Zo werd er, in tegenstelling tot de verwachting, gevonden dat zelfcompassie een zeer beperkt verklarend vermogen had voor lichamelijke klachten. Hoewel acceptatie beduidend beter was in het verklaren van deze klachten dan zelfcompassie, was ook hier de proportie verklaarde variantie beperkt. De afwezigheid van een sterke relatie van zelfcompassie en acceptatie met fysieke beperkingen bevestigt het idee dat bij patiënten met ernstige somatoforme stoornissen het somatiseren een vaststaand feit is dat geaccepteerd dient te worden en weinig gevoelig is voor behandeling (Feltz-Cornelis et al., 2011). Een ander opvallend punt was dat zelfcompassie weinig additieve verklarende waarde had naast acceptatie. Acceptatie leek in de meeste gevallen het effect van zelfcompassie te mediëren. Mogelijk komt dit door de aanzienlijke inhoudelijke overlap die de twee constructen met elkaar hebben. Hoewel er in de meeste gevallen een sterker verband bestaat met acceptatie neemt dit niet weg van de potentiële therapeutische waarde van zelfcompassie. Zelfcompassie is niet alleen sterker gerelateerd aan kwaliteit van leven in patiënten met ernstige somatoforme stoornissen, zelfcompassietraining wordt door patiënten vaak ook als toegankelijker ervaren dan protocollen gebaseerd op acceptatie (zoals Acceptance and Commitment therapie) in een behandelcontext (S. Thorsell, persoonlijke communicatie, 12 juni 2013). Door een behandeling te bieden die als toegankelijk en laagdrempelig wordt ervaren wordt de kans op een geslaagde behandeling mogelijk verhoogt. Dit biedt perspectief voor het verlagen van de lijdensdruk onder deze complexe groep patiënten.

Het huidige onderzoek kent een aantal belangrijke limitaties. Gezien de correlatieve aard van het onderzoek is het niet mogelijk uitspraken te doen over causaliteit. Hoewel zelfcompassie en acceptatie dus een significant deel van de variantie in de uitkomstmaten voorspellen, is niet te zeggen of een verhoging in zelfcompassie en acceptatie ook daadwerkelijk leidt tot een vermindering in psychologische en lichamelijke klachten of een toename in kwaliteit van leven. Om een gegronde

uitspraak te kunnen doen over de causaliteit is verder onderzoek noodzakelijk. Daarnaast betreft het onderzoek een zeer specifieke subset van de populatie, namelijk patiënten met de zwaarste vormen van een somatoforme stoornis. Generalisatie van de bevindingen naar groepen patiënten met mildere vormen van de stoornis is dus niet zonder meer gerechtvaardigd. Experimenteel onderzoek naar het effect van zelfcompassie- en acceptatietrainingen op psychologische en fysieke symptomen, kwaliteit van leven en welzijn bij patiënten met somatoforme stoornissen valt dan ook sterk aan te bevelen.

In overeenstemming met eerder onderzoek lijkt er dus ook bij patiënten met een ernstige somatoforme stoornis een robuust verband te bestaan tussen zelfcompassie en acceptatie en voornamelijk psychologische symptomen en kwaliteit van leven. Daar de huidige reguliere behandeling vaak beperkt effectief is bieden deze bevindingen een basis voor toekomstig onderzoek en behandeling. Wellicht zullen zelfcompassie en acceptatie zich in de toekomst bewijzen als een belangrijk onderdeel in het succesvol behandelen van deze groep patiënten.

Referentielijst

- Aaronson, N. K., Muller, M., Cohen, P. D. A., Essink-Bot, M. L., Fekkes, M., Sanderman, R., Sprangers, M. A. G., Te Velde, A. & Verrrips, E. (1998). Translation, validation, and norming of the Dutch language version of the SF-36 health survey in community and chronic disease populations. *Journal of Clinical Epidemiology*, *51*, 1055-1068.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4de, herziene versie). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Baer, R. A. & Krietemeyer, J. (2006). Overview of mindfulness- and acceptance-based treatment approaches. In Baer, R. A. (Ed.), *Mindfulness-based treatment approaches. Clinician's guide to evidence based and applications* (pp. 3-27). Londen; Academic Press.
- Bass, C. & Murphy, M. (1995). Somatoform and personality disorders: Syndromal comorbidity and overlapping developmental pathways. *Journal of Psychosomatic Research*, *39*, 403-427.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *11*, 230-241.
- Brown RJ. 2004. Psychological mechanisms of medically unexplained symptoms. *Psychol. Bull.* 130:793–812
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M. & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, *26*, 17-31.
- Cloninger, R. C. & Dokucu, M. (2008). Somatoform and dissociative disorders. In Fatemi, S. H. & Clayton, P. J. (Eds.) *The medical basis of psychiatry* (pp. 181-194). Totowa, NJ: Humana Press.
- Costa, J. & Pinto-Gouveia, J. (2011). Acceptance of pain, self-compassion and psychopathology: Using the chronic pain acceptance questionnaire to identify patients' subgroups. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *18*, 292-302.
- De Beurs, E. (2004). *Handleiding bij de Brief Symptom Inventory (BSI)*. Leiden: PITS Publishers.
- De Beurs, E. & Zitman, F.G. (2006). De Brief Symptom Inventory (BSI): De betrouwbaarheid en validiteit van een handzaam alternatief voor de SCL-90. [The Brief Symptom Inventory (BSI): The reliability and validity of a brief alternative of the SCL-90]. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, *61*, 120–141.
- De Waal, M. W. M., Arnold, I. A., Eekhof, J. A. H. & Van Hemert, A. M. (2004). Somatoform disorders in general practice: Prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *British Journal of Psychiatry*, *184*, 470-476.
- Feltz-Cornelis, C.M. van der, Swinkels, J.A., Blankenstein, A.H., Hoedeman, R., & Keuter, E.J.W.

- (2011). De Nederlandse multidisciplinaire richtlijn 'Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten en somatoforme stoornissen'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 155(A1244), 1-4.
- Gaudino, B. A. (2006). The "third wave" behavior therapies in context [Review of the books *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* and *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13, 101-104.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-43.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. C. (2011). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies. In Hayes, S. C., Follette, V. M. & Linehan, M. M. (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 1-29). New York: The Guilford Press.
- Herbert, J. D. & Forman, E. M. (2011). The evolution of cognitive behavior therapy: The rise of psychological acceptance and mindfulness. In Herbert, J. D. & Forman, E. M. (Eds.), *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies* (pp. 3-25). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Hoaglin, D. C., and Iglewicz, B. (1987), Fine tuning some resistant rules for outlier labeling, *Journal of American Statistical Association*, 82, 1147-1149.
- Hoaglin, D.C., Iglewicz, B., and Tukey, J.W. (1986). Performance of some resistant rules for outlier labeling, *Journal of American Statistical Association*, 81, 991-999.
- Jacobs, N., Kleen, M., De Groot, F. & A-Tjak, J. (2008). Het meten van experiëntiële vermijding: De Nederlandstalige versie van de acceptance and action questionnaire-II (AAQ-II). *Gedragstherapie*, 41, 349-361.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
- Keng, S. L., Smoski, M. J., Robins, C. J., Ekblad, A. G. & Brantley, J. G. (2012). Mechanisms of change in mindfulness-based stress reduction: Self-compassion and mindfulness as mediators of intervention outcome. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 26, 270-280.
- Koelen, J., Bühring, M., Spaans, J., Van Broekhuysen, S. & Lipovsky, M. (2010). Derdelijnscentrum voor ernstige somatoforme stoornissen in Nederland. In Luyten, P., Vandenbergh, J. & Van Houdenhove, B. (Eds.), *Luisteren naar het lichaam: Het dualisme voorbij* (pp. 49-55). Leuven: Lannoo Campus.
- Kroenke, K. (2007). Efficacy of treatment for somatoform disorders: A review of randomized controlled trials. *Psychosomatic Magazine*, 69, 881-888.

- Kroenke, K. & Swindle, R. (2000). Cognitive-behavioral therapy for somatization and symptom syndromes: a critical review of controlled clinical trials. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 205-215.
- Lunde, L.-H. & Nordhus, I. H. (2009). Combining acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for the treatment of chronic pain in older adults. *Clinical Case Studies*, 8, 296-308.
- MacBeth, A. & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32, 545-552.
- McCracken, L. M., Vowles, K. E. & Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: Component analysis and a revised assessment method. *Pain*, 107, 159-166.
- Neff, K. D. (2003a). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- Neff, K. D. (2003b). Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-102.
- 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.
- Neff, K. D. & Vonk, R. (2008). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, 77, 23-50.
- Orsillo, S. M., Roemer, L., Block Lerner, J. & Tull, M. T. (2011). Acceptance, mindfulness, and cognitive-behavioral therapy: Comparisons, contrasts, and application to anxiety. In Hayes, S. C., Follette, V. M. & Linehan, M. M. (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 66-95). New York: The Guilford Press.
- Öst, L. G. (2007). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 296-321.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A. & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 373-386.
- Shapiro, S. L., Oman, D., Thoresen, C. E., Plante, T. G. & Flinders, T. (2008). Cultivating mindfulness: Effects on well-being. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 840-862.
- Spaans, J. A., Koelen, J. A. & Bühring, M. E. F. (2010). Mentaliseren bij ernstige onverklaarde lichamelijke klachten. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 36, 5-21.
- Van Dam, N. T., Sheppard, S. C., Forsyth, J. P. & Earlywine, 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.
- Van Hemert, A. M. (2003). Lichamelijke klachten vragenlijst. Leiden: Leids Universitair Medisch Centrum
- Van Hemert, A. M., De Waal, M. W. M. & Van Rood, Y. R. (2004). Meetinstrumenten bij

somatoforme stoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 693-696.

Witthöft, M. & Hiller, W. (2010). Psychological approaches to origins and treatments of somatoform disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 257-283.

Wren, A. A., Somers, T. J., Wright, M. A., Goetz, M. C., Leary, M. R., Fras, A. M., Huh, B. K., Rogers, L. L. & Keefe, F. J. (2012). Self-compassion in patients with persistent musculoskeletal pain: Relationship of self-compassion to adjustment to persistent pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 43, 759-770.

Bijlagen

Bijlage I – Tabellen behorende bij de exploratieve analyses

Tabel 1. *Regressieanalyses van zelfcompassie op de psychopathologieschalen*

Criterionvariabele	t	p	β	B (SD)	F	df	adj. R^2
Somatische klachten	-3.09	.000	-.21	-.27 (.09)	9.54	1, 199	.04
Cognitieve problemen	-6.07	.000	-.40	-.59 (.10)	36.88	1, 199	.15
Interpersoonlijke gevoeligheid	-7.18	.000	-.45	-.71 (.10)	51.52	1, 199	.20
Depressieve stemming	-7.65	.000	-.48	-.63 (.08)	58.48	1, 199	.22
Angst	-5.89	.000	-.39	-.55 (.09)	34.64	1, 199	.14
Hostiliteit	-3.86	.000	-.25	-.28 (.08)	12.85	1, 199	.06
Fobische angst	-4.68	.000	-.32	-.46 (.10)	21.89	1, 199	.10
Paranoïde gedachten	-6.09	.000	-.40	-.52 (.09)	37.13	1, 199	.15
Psychoticisme	-5.84	.000	-.38	-.45 (.08)	34.10	1, 199	.14

Tabel 2. *Regressieanalyses van zelfcompassieschalen op psychopathologie.*

	t	p	β	B (SD)
Self-Kindness	-2.48	.014	-.26	-.15 (.06)
Self-Judgement	.68	.50	.06	.03 (.05)
Common Humanity	1.52	.131	.13	.08 (.05)
Isolation	1.70	.091	.15	.08 (.05)
Mindfulness	-.04	.969	-.003	-.002 (.05)
Overidentification	2.59	.010	.23	.13 (.05)

Noot: $F(6, 191) = 11.07$, adj. $R^2 = .24$, $p < .001$

Tabel 3. *Regressieanalyses van de zelfcompassieschalen op de psychopathologieschalen*

	t	p	β	B (SD)	F	df	p	adj. R ²
Somatische klachten					3.27	6, 193	.004	.064
Self-Kindness	-2.69	.008	-.31	-.21 (.08)				
Self-Judgement	.93	.352	.09	.06 (.06)				
Common Humanity	1.91	.057	.17	.13 (.07)				
Isolation	-.79	.432	-.08	-.05 (.06)				
Mindfulness	1.02	.309	.10	.07 (.07)				
Overidentificatie	1.58	.116	.15	.10 (.06)				
Cognitieve problemen					7.68	6, 193	.000	.17
Self-Kindness	-1.91	.058	-.20	-.16 (.09)				
Self-Judgement	1.31	.191	.12	.09 (.07)				
Common Humanity	.39	.695	.03	.03 (.07)				
Isolation	.19	.847	.02	.01 (.07)				
Mindfulness	.85	.399	.08	.06 (.07)				
Overidentificatie	2.99	.000	.27	.21 (.07)				
Interpersoonlijke gevoeligheid					12.78	6, 193	.000	.26
Self-Kindness	-.15	.882	-.02	-.01 (.08)				
Self-Judgement	1.16	.249	.10	.07 (.06)				
Common Humanity	-.004	.997	.00	.00 (.07)				
Isolation	3.08	.002	.27	.20 (.07)				
Mindfulness	-.85	.395	-.07	-.06 (.07)				
Overidentificatie	2.28	.024	.19	.16 (.07)				
Depressieve stemming					13.69	6, 193	.000	.28
Self-Kindness	-1.90	.06	-.19	-.13 (.07)				
Self-Judgement	-.12	.901	-.01	-.007 (.05)				
Common Humanity	.66	.510	.05	.04 (.06)				
Isolation	3.71	.000	.33	.21 (.06)				
Mindfulness	-.69	.490	-.06	-.04 (.06)				
Overidentificatie	1.75	.081	.15	.10 (.06)				
Angst					8.05	6, 193	.000	.18
Self-Kindness	-1.83	.069	-.20	-.15 (.08)				
Self-Judgement	.67	.502	.06	.04 (.06)				
Common Humanity	1.17	.244	.10	.08 (.07)				
Isolation	-.50	.621	-.05	-.03 (.06)				
Mindfulness	.22	.828	.02	.02 (.07)				
Overidentificatie	4.22	.000	.38	.28 (.07)				

Hostilität						4.01	6,193	.001	.11
Self-Kindness	-3.05	.003	-.34	-.21 (.07)					
Self-Judgement	-1.72	.087	-.17	-.09 (.05)					
Common Humanity	1.03	.306	.09	.06 (.06)					
Isolation	1.17	.244	.12	.06 (.05)					
Mindfulness	.75	.457	.07	.04 (.06)					
Overidentification	1.82	.07	.17	.10 (.06)					
Fobische angst						3.98	6,193	.001	.08
Self-Kindness	-.85	.395	-.10	-.08 (.09)					
Self-Judgement	1.11	.267	.11	.08 (.07)					
Common Humanity	1.09	.279	.10	.08 (.08)					
Isolation	.42	.673	.04	.03 (.07)					
Mindfulness	-1.04	.299	-.10	-.08 (.08)					
Overidentification	1.51	.134	.14	.11 (.07)					
Paranoide gedachten						8.95	6,193	.000	.19
Self-Kindness	-1.00	.321	-.11	-.07 (.07)					
Self-Judgement	.93	.354	.08	.05 (.06)					
Common Humanity	.76	.449	.06	.05 (.06)					
Isolation	3.03	.003	.28	.18 (.06)					
Mindfulness	-.41	.685	-.04	-.03 (.06)					
Overidentification	1.16	.248	.10	.07 (.06)					
Psychoticisme						7.40	6,193	.000	.16
Self-Kindness	-1.26	.209	-.14	-.08 (.07)					
Self-Judgement	1.30	.196	.12	.07 (.05)					
Common Humanity	1.22	.224	.11	.07 (.06)					
Isolation	2.26	.025	.21	.12 (.05)					
Mindfulness	-.56	.578	-.05	-.03 (.06)					
Overidentification	.90	.367	.08	.05 (.06)					

Tabel 4. *Regressieanalyses van acceptatie op de psychopathologieschalen*

Criterionvariabele	t	p	β	B (SD)	F	df	adj. R^2
Somatische klachten	-4.33	.000	-.36	-.02 (.01)	18.79	1, 127	.12
Cognitieve problemen	-7.04	.000	-.53	-.04 (.01)	49.6	1, 127	.28
Interpersoonlijke gevoeligheid	-9.36	.000	-.64	-.05 (.01)	87.59	1, 126	.40
Depressieve stemming	-10.72	.000	-.69	-.05 (.01)	115	1, 127	.47
Angst	-7.06	.000	-.53	-.04 (.01)	49.86	1, 127	.28
Hostiliteit	-5.31	.000	-.43	-.28 (.01)	28.18	1, 127	.18
Fobische angst	-5.93	.000	-.47	-.04 (.01)	35.18	1, 127	.21
Paranoïde gedachten	-6.59	.000	-.51	-.04 (.01)	43.43	1, 127	.25
Psychoticisme	-7.78	.000	-.57	-.04 (.01)	60.57	1, 127	.32

Tabel 5. Hiërarchische multiple regressieanalyses van zelfcompassie en acceptatie op de psychopathologieschalen.

	t	β	B (SD)	p	ΔR^2
Somatische klachten					
Model 1: $F(1, 127) = 18.79$, adj. $R^2 = .12$, $p < .001$					.125*
Acceptatie	-4.33	-.36	-.02 (.006)	.000	
Model 2: $F(2, 126) = 9.32$, adj. $R^2 = .12$, $p < .001$					.000
Acceptatie	-3.43	-.36	-.02 (.007)	.001	
Zelfcompassie	-.06	-.06	-.008 (.13)	.952	
Cognitieve problemen					
Model 1: $F(1, 127) = 49.60$, adj. $R^2 = .28$, $p < .001$					.281***
Acceptatie	-7.04	-.53	-.04 (.006)	.000	
Model 2: $F(2, 126) = 26.15$, adj. $R^2 = .28$, $p < .001$					.012
Acceptatie	-4.79	-.45	-.04 (.008)	.000	
Zelfcompassie	-1.49	-.14	-.20 (.14)	.138	
Interpersoonlijke gevoeligheid					
Model 1: $F(1, 127) = 87.59$, adj. $R^2 = .40$, $p < .001$					.408***
Acceptatie	-9.36	-.64	-.05 (.006)	.000	
Model 2: $F(2, 126) = 46.40$, adj. $R^2 = .42$, $p < .001$					.016
Acceptatie	-6.47	-.55	-.05 (.007)	.000	
Zelfcompassie	-1.87	-.16	-.24 (.13)	.138	
Depressieve stemming					
Model 1: $F(1, 127) = 114.99$, adj. $R^2 = .48$, $p < .001$					.475***
Acceptatie	-10.72	-.70	-.05 (.005)	.000	
Model 2: $F(2, 126) = 58.16$, adj. $R^2 = .48$, $p < .001$					.005
Acceptatie	-7.96	-.64	-.05 (.006)	.000	
Zelfcompassie	-1.08	-.09	-.11 (.11)	.281	
Angst					
Model 1: $F(1, 127) = 49.86$, adj. $R^2 = .28$, $p < .001$					.282***
Acceptatie	-7.06	-.53	-.04 (.006)	.000	

Model 2: $F(2, 126) = 24.84$, adj. $R^2 = .27$, $p < .001$					.001
Acceptatie	-5.41	-.51	-.04 (.007)	.000	
Zelfcompassie	-.40	-.04	-.05 (.13)	.693	
Hostiliteit					
Model 1: $F(1, 127) = 28.18$, adj. $R^2 = .18$, $p < .001$					.182***
Acceptatie	-5.31	-.43	.03 (.005)	.000	
Model 2: $F(2, 126) = 4.02$, adj. $R^2 = .17$, $p < .001$					.000
Acceptatie	-4.09	-.41	-.03 (.006)	.000	
Zelfcompassie	-.26	-.03	-.03 (.12)	.797	
Fobische angst					
Model 1: $F(1, 127) = 35.18$, adj. $R^2 = .21$, $p < .001$					.217***
Acceptatie	-5.93	-.45	-.04 (.006)	.000	
Model 2: $F(2, 126) = 17.52$, adj. $R^2 = .21$, $p < .001$					.001
Acceptatie	-4.55	-.45	-.04 (.008)	.000	
Zelfcompassie	-.33	-.03	-.04 (.14)	.746	
Paranoïde gedachten					
Model 1: $F(1, 127) = 43.43$, adj. $R^2 = .25$, $p < .001$					.255***
Acceptatie	-6.59	-.51	-.04 (.005)	.000	
Model 2: $F(2, 126) = 29.99$, adj. $R^2 = .26$, $p < .001$					.021
Acceptatie	-4.20	-.40	-.03 (.007)	.000	
Zelfcompassie	-1.91	-.18	-.25 (.12)	.058	
Psychoticisme					
Model 1: $F(1, 127) = 60.57$, adj. $R^2 = .32$, $p < .001$					.323***
Acceptatie	-7.78	-.57	-.04 (.005)	.000	
Model 2: $F(2, 126) = 30.09$, adj. $R^2 = .31$, $p < .001$					.000
Acceptatie	-6.08	-.56	-.04 (.006)	.000	
Zelfcompassie	-.23	-.02	-.02 (.10)	.816	

Noot: * $<.05$, ** $<.01$, *** $<.001$

Tabel 6. *Regressieanalyses van zelfcompassieschalen en acceptatie op de psychopathologieschalen*

	t	p	β	B (SD)	F	df	p	adj. R ²
Somatische klachten					5.09	7, 121	.000	.18
Self-Kindness	-1.68	.097	-.22	-.15 (.09)				
Self-Judgement	1.98	.05	.23	.14 (.07)				
Common Humanity	1.91	.058	.20	.14 (.07)				
Isolation	-1.99	.049	-.26	-.15 (.08)				
Mindfulness	1.67	.098	.19	.12 (.07)				
Overidentificatie	-.48	.641	-.06	-.04 (.08)				
Acceptatie	-4.50	.000	-.51	-.04 (.008)				
Cognitieve problemen					8.55	7, 121	.000	.29
Self-Kindness	-.90	.371	-.11	-.09 (.10)				
Self-Judgement	.69	.494	.08	.05 (.08)				
Common Humanity	.99	.327	.10	.08 (.08)				
Isolation	-.09	.931	-.01	-.008 (.09)				
Mindfulness	1.11	.268	.12	.09 (.08)				
Overidentificatie	1.74	.084	.20	.15 (.09)				
Acceptatie	-3.96	.000	-.42	-.03 (.009)				
Interpersoonlijke gevoeligheid					15.86	7, 121	.000	.45
Self-Kindness	1.16	.248	.13	.10 (.09)				
Self-Judgement	.59	.554	.06	.04 (.07)				
Common Humanity	-.33	.739	-.03	-.03 (.07)				
Isolation	2.69	.008	.29	.21 (.08)				
Mindfulness	-.68	.50	-.06	-.05 (.07)				
Overidentificatie	.41	.679	.04	.03 (.08)				
Acceptatie	4.67	.000	-.43	-.04 (.008)				
Depressieve stemming					17.70	7, 121	.000	.48
Self-Kindness	-.43	.665	-.05	-.03 (.08)				
Self-Judgement	.15	.882	.01	.009 (.06)				
Common Humanity	.64	.522	.05	.04 (.06)				
Isolation	2.07	.040	.21	.14 (.07)				
Mindfulness	.27	.791	.02	.02 (.06)				
Overidentificatie	-.35	.725	-.04	-.02 (.07)				
Acceptatie	-6.42	.000	-.58	-.04 (.007)				
Angst					8.96	7, 121	.000	.30
Self-Kindness	-.60	.553	-.07	-.06 (.09)				
Self-Judgement	.66	.513	.07	.05 (.07)				
Common Humanity	1.49	.139	.14	.12 (.08)				
Isolation	-1.82	.071	-.22	-.15 (.08)				

	Mindfulness	.96	.339	.10	.07 (.08)				
	Overidentification	2.49	.014	.28	.21 (.08)				
	Acceptatie	-4.93	.000	-.52	-.04 (.008)				
Hostiliteit						4.92	7, 121	.000	.18
	Self-Kindness	-1.80	.075	-.24	-.15 (.08)				
	Self-Judgement	-.40	.691	-.05	-.03 (.07)				
	Common Humanity	1.14	.257	.12	.08 (.07)				
	Isolation	.12	.907	.02	.009 (.07)				
	Mindfulness	1.74	.084	.19	.12 (.07)				
	Overidentification	.78	.436	.10	.06 (.07)				
	Acceptatie	-3.49	.001	-.40	-.03 (.007)				
Fobische angst						5.24	7, 121	.000	.19
	Self-Kindness	-.04	.968	-.005	-.004 (.10)				
	Self-Judgement	.88	.383	.10	.07 (.08)				
	Common Humanity	1.16	.247	.12	.10 (.08)				
	Isolation	-.67	.505	-.09	-.06 (.09)				
	Mindfulness	-.27	.787	-.03	-.02 (.08)				
	Overidentification	.31	.754	.04	.03 (.09)				
	Acceptatie	-4.19	.000	-.47	-.04 (.009)				
Paranoïde gedachten						7.77	7, 121	.000	.27
	Self-Kindness	.45	.654	.06	.04 (.09)				
	Self-Judgement	.83	.409	.09	.06 (.07)				
	Common Humanity	.21	.835	.02	.02 (.07)				
	Isolation	1.58	.117	.19	.12 (.08)				
	Mindfulness	-.35	.724	-.04	-.03 (.07)				
	Overidentification	.63	.528	.07	.05 (.08)				
	Acceptatie	-2.99	.003	-.32	-.02 (.008)				
Psychoticisme						9.70	7, 121	.000	.32
	Self-Kindness	-.20	.846	-.02	-.01 (.07)				
	Self-Judgement	1.13	.261	.12	.07 (.06)				
	Common Humanity	1.23	.221	.12	.08 (.06)				
	Isolation	1.19	.237	.14	.08 (.07)				
	Mindfulness	.36	.722	.04	.02 (.06)				
	Overidentification	-1.24	.216	-.14	-.08 (.07)				
	Acceptatie	-5.46	.000	-.56	-.04 (.006)				

Tabel 7. Hiërarchische multiple regressieanalyses van zelfcompassie en acceptatie op lichamelijke klachten voor mannen en vrouwen.

Predictor	t	β	B (SD)	p	ΔR^2
Mannen					
Model 1: $F(1, 44) = 3.74$, adj. $R^2 = .06$, $p = .06$					.078
Acceptatie	-1.93	-.28	-.57 (.29)	.060	
Model 2: $F(2, 43) = 2.58$, adj. $R^2 = .07$, $p = .087$					.029
Acceptatie	-.84	-.15	-.31 (.37)	.000	
Zelfcompassie	-1.18	-.21	-7.58 (6.44)	.276	
Vrouwen					
Model 1: $F(1, 83) = 15.33$, adj. $R^2 = .15$, $p < .001$					.156***
Acceptatie	-3.92	-.40	-.69 (.18)	.000	
Model 2: $F(2, 82) = 7.67$, adj. $R^2 = .14$, $p = .001$					.002
Acceptatie	-2.30	-.37	-.64 (.22)	.004	
Zelfcompassie	-.39	-.05	-1.51 (3.84)	.695	

Noot: * <.05, ** <.01, *** <.001

Tabel 8. *Regressieanalyses van zelfcompassieschalen en acceptatie op lichamelijke klachten.*

	t	p	β	B (SD)
Zelfcompassieschalen^A				
Self-Kindness	-1.95	.052	-.22	-3.89 (1.99)
Self-Judgement	1.91	.057	.18	2.92 (1.52)
Common Humanity	1.63	.104	.15	2.81 (1.73)
Isolation	-.64	.526	-.06	-1.01 (1.58)
Mindfulness	.70	.486	.07	1.20 (1.71)
Overidentificatie	1.83	.069	.17	3.02 (1.65)
Zelfcompassieschale en acceptatie^B				
Self-Kindness	-.76	.447	-.10	-1.84 (2.41)
Self-Judgement	2.38	.019	.28	4.50 (1.89)
Common Humanity	1.50	.137	.16	3.00 (2.00)
Isolation	-1.36	.176	-.18	-2.89 (2.12)
Mindfulness	1.37	.175	.15	2.72 (2.00)
Overidentificatie	.56	.578	.07	1.19 (2.13)
Acceptatie	-3.62	.000	-.40	-.75 (.21)

Noot: ^A $F(6, 197) = 4.52$, $\text{adj. } R^2 = .09$, $p = <.001$, ^B $F(7, 123) = 4.83$, $\text{adj. } R^2 = .17$, $p = <.001$

Tabel 9. *Regressieanalyses van zelfcompassie op de kwaliteit van leven subschalen*

Criterionvariabele	t	p	β	B (SD)	F	df	adj. R^2
Sociaal functioneren	1.54	.126	.12	4.16 (2.71)	2.37	1, 178	.008
Emotionele rolbeperking	5.45	.000	.39	22.64 (4.15)	29.71	1, 178	.14
Mentale gezondheid	7.09	.000	.47	9.23 (1.30)	50.25	1, 178	.22
Vitaliteit	5.55	.000	.38	10.32 (1.86)	30.79	1, 178	.14
Pijn	2.68	.008	.20	6.81 (2.54)	7.20	1, 178	.033
Algemene gezondheidsbeleving	2.75	.007	.20	5.22 (1.90)	7.55	1, 178	.04
Gezondheidsverandering	2.26	.025	.17	7.35 (3.26)	5.10	1, 178	.02

Tabel 10. *Regressieanalyses van acceptatie op de kwaliteit van leven subschalen*

Criterionvariabele	t	p	β	B (SD)	F	df	adj. R^2
Sociaal functioneren	2.20	.030	.20	.38 (.17)	4.82	1, 122	.03
Emotionele rolbeperking	6.46	.000	.51	1.57 (.25)	41.68	1, 122	.25
Mentale gezondheid	8.89	.000	.63	.65 (.07)	79.00	1, 122	.39
Vitaliteit	4.22	.000	.36	.53 (.13)	17.77	1, 122	.12
Pijn	2.39	.018	.21	.41 (.17)	5.70	1, 122	.04
Algemene gezondheidsbeleving	2.79	.006	.35	.36 (.13)	7.78	1, 122	.05
Gezondheidsverandering	.96	.337	.09	.21 (.22)	.93	1, 122	.00

Tabel 11. *Regressieanalyses van zelfcompassieschalen op kwaliteit van leven.*

	t	p	β	B (SD)
Zelfcompassieschalen				
Self-Kindness	.81	.420	.10	1.06 (1.31)
Self-Judgement	-1.83	.069	-.18	-1.85 (1.01)
Common Humanity	.23	.818	.02	.25 (1.10)
Isolation	-1.59	.113	-.16	-1.61 (1.01)
Mindfulness	.46	.647	.05	.55 (1.09)
Overidentification	-.15	.885	-.01	-.15 (1.04)

Noot: $F(6, 172) = 5.92$, adj. $R^2 = .14$, $p = <.001$

Tabel 12. Hiërarchische multiple regressieanalyses van zelfcompassie-subschalen en acceptatie op kwaliteit van leven gecontroleerd op leeftijd.

Predictor	t	β	B (SD)	p	ΔR^2
Model 1: $F(1, 122) = 8.31$, adj. $R^2 = .06$, $p < .01$					.064**
Leeftijd	-2.88	-.25	-.32 (.11)	.005	
Model 2: $F(8, 115) = 17.67$, adj. $R^2 = .21$, $p < .001$					.249***
Leeftijd	-3.46	-.28	-.36 (.10)	.001	
Self-Kindness	-.39	-.05	-.53 (1.39)	.701	
Self-Judgment	-1.83	-.21	-2.04 (1.11)	.050	
Common Humanity	.79	.08	.90 (1.14)	.433	
Isolation	-1.25	-.16	-1.54 (1.23)	.214	
Mindfulness	.17	.02	.19 (1.16)	.869	
Overidentificatie	.39	.05	.48 (1.23)	.697	
Acceptatie	2.42	.27	.30 (.12)	.017	

Noot: * < .05, ** < .01, *** < .001

Tabel 13. Hiërarchische multiple regressie van zelfcompassie en acceptatie op kwaliteit van leven subschalen.

	t	p	β	B (SD)	F	df	adj. R^2	ΔR^2
Sociaal functioneren								
Model 1					4.82*	1, 122	.03	
Acceptatie	2.20	.03	.20	.38 (.17)				
Model 2					2.48	2, 121	.024	.001
Acceptatie	2.01	.03	.22	.43 (.22)				
Zelfcompassie	-.42	.673	-.05	-1.65 (3.89)				
Emotionele rolbeperkingen								
Model 1					41.68***	1, 122	.25	
Acceptatie	6.46	.000	.51	1.59 (.25)				
Model 2					21.76***	1, 121	.25	.01
Acceptatie	4.46	.000	.43	1.36 (.30)				

	Zelfcompassie	1.28	.204	.12	7.00 (5.48)				
Mentale gezondheid									
	Model 1					79.00***	1, 122	.39	
	Acceptatie	8.89	.000	.63	.65 (.07)				
	Model 2					42.02***	2, 121	.40	.017
	Acceptatie	6.14	.000	.53	.55 (.09)				
	Zelfcompassie	1.86	.066	.16	2.99 (1.61)				
Vitaliteit									
	Model 1					28.14***	1, 122	.18	
	Zelfcompassie	5.31	.000	.43	11.64 (2.20)				
	Model 2					15.40***	2, 121	.19	.016
	Zelfcompassie	3.39	.001	.34	9.19 (2.71)				
	Acceptatie	1.53	.128	.15	.23 (.15)				
Pijn									
	Model 1					5.70*	1, 122	.04	
	Acceptatie	2.39	.018	.21	.41 (.17)				
	Model 2					4.47*	2, 121	.05	.024
	Acceptatie	.90	.372	.10	.19 (.21)				
	Zelfcompassie	1.78	.079	.19	6.66 (3.77)				
Algemene gezondheidsbeleving									
	Model 1					7.78**	1, 122	.05	
	Acceptatie	2.79	.006	.25	.36 (.13)				
	Model 2					3.94*	2, 121	.05	.001
	Acceptatie	2.01	.046	.22	.31 (.16)				
	Zelfcompassie	.38	.701	.04	1.11 (2.89)				
Gezondheidsverandering									
	Model 1					4.69*	1, 122	.03	
	Zelfcompassie	2.17	.032	.19	8.26 (3.82)				
	Model 2					2.40	2, 121	.02	.001
	Zelfcompassie	1.96	.052	.22	9.31 (4.75)				

Acceptatie -.37 .709 -.04 -.10 (.26)

Noot: * <.05, ** <.01, *** <.001

Tabel 14. *Regressieanalyses van zelfcompassie-subschalenschalen en acceptatie op de kwaliteit van levenschalen Vitaliteit en Pijn.*

	t	p	β	B (SD)	F	df	p	adj. R ²
Vitaliteit					5.43	7, 116	.000	.20
Self-Kindness	.96	.340	.13	1.86 (1.96)				
Self-Judgement	-1.61	.111	-.19	-2.49 (1.55)				
Common Humanity	1.17	.246	.12	1.87 (1.61)				
Isolation	-1.06	.292	-.14	-1.81 (1.71)				
Mindfulness	-.67	.506	-.07	-1.08 (1.62)				
Overidentification	.31	.755	.04	.54 (1.73)				
Acceptatie	1.55	.124	.177	.26 (.17)				
Pijn					1.54	7, 116	.161	.03
Self-Kindness	.70	.489	.10	1.90 (2.74)				
Self-Judgement	-.76	.450	-.10	-1.67 (2.20)				
Common Humanity	-.31	.756	-.04	-.71 (2.28)				
Isolation	1.14	.258	.16	2.76 (2.43)				
Mindfulness	.83	.409	.10	1.91 (2.30)				
Overidentification	-.39	.698	-.05	-.95 (2.45)				
Acceptatie	1.28	.204	.16	.31 (.24)				