

De associatie tussen persoonlijkheidskenmerken zelfwaardering en perfectionisme met
psychopathologie, en de mogelijke mediatie van psychologische flexibiliteit.

Final thesis

Masterthesis

Utrecht University

Master's programme in Clinical Child, Family and Education Studies

201600201

Kyra (A.A.) van den Broek – 6579485

Denise Bodden

Liesbeth Paauw-Telman

01-06-2023

Abstract

Doel: De overgangsfase van puber tot jongvolwassenen gaat vaak gepaard met diverse veranderingen in de ontwikkeling en hierbij kunnen problemen met de mentale gezondheid ontstaan. Problemen met zelfwaardering en perfectionisme zijn hierbij verbonden aan diverse vormen van psychopathologie. Er wordt onderzocht of een mogelijk onderliggend mechanisme, zoals psychologische inflexibiliteit, deze relaties verder kan verklaren. Het doel van dit onderzoek is om te kijken of deze psychologische inflexibiliteit samenhangt met de relatie van zelfwaardering en perfectionisme met psychopathologie. **Methoden:** Participanten zijn geworven uit betrokken GGZ-instellingen (N=53, klinisch) en uit de algemene Nederlandse bevolking (N=339, niet-klinisch). Om zelfwaardering, perfectionisme, psychologische inflexibiliteit en psychopathologie te meten zijn de *Rosenberg Self-Esteem Scale*, *Frost Multidimensional Perfectionism Scale*, *Acceptance and Fusion Questionnaire for Youth* en de *Youth Self Report* gebruikt. De gegevens werden onderzocht aan de hand van een ANOVA, correlatieanalyses mediatieanalyses via PROCESS. **Resultaten:** In beide groepen waren zelfwaardering, perfectionisme en psychologische inflexibiliteit gecorreleerd met psychopathologie en waren er significante verschillen gevonden tussen de groepen per variabele. Psychologische inflexibiliteit zorgden in beide groepen voor gedeeltelijke mediatie in de relatie tussen zelfwaardering en perfectionisme met psychopathologie. Perfectionisme in de klinische groep werd volledig gemedieerd door psychologische inflexibiliteit. **Conclusie:** Het bestuderen van psychologische inflexibiliteit is voor zowel jongvolwassenen met én zonder psychologische klachten van belang om psychopathologie te kunnen verminderen. Een interventie die hiervoor gebruikt kan worden is de *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT).

Sleutelwoorden: Zelfwaardering, perfectionisme, psychologische inflexibiliteit, psychopathologie, klinische en niet-klinisch

Abstract

Goal: The transition phase from adolescence to young adulthood is often accompanied by various developmental changes, which can give rise to mental health problems. Problems with self-esteem and perfectionism are hereby linked to various forms of psychopathology. It is investigated whether a possible underlying mechanism, such as psychological inflexibility, can further explain these relationships. This study aims to see whether this psychological inflexibility is associated with the relationship of self-esteem and perfectionism with psychopathology. **Methods:** Participants were recruited from involved mental health institutions (N=53, clinical) and from the general Dutch population (N=339, non-clinical). To measure self-esteem, perfectionism, psychological inflexibility and psychopathology, the *Rosenberg Self-Esteem Scale*, *Frost Multidimensional Perfectionism Scale*, *Acceptance and Fusion Questionnaire for Youth* and the *Youth Self Report* were used. The data was examined using ANOVA, correlation analyses and mediation analyses via PROCESS. **Results:** In both groups, self-esteem, perfectionism, and psychological inflexibility were correlated with psychopathology and significant differences were found between the groups for each variable. Psychological inflexibility provided partial mediation in the relationship between self-esteem and perfectionism with psychopathology in both groups. Perfectionism in the clinical group was completely mediated by psychological inflexibility. **Conclusion:** Studying psychological inflexibility is important for both young adults with and without psychological problems to eventually help reduce psychopathology. An intervention that can be used for this purpose is *Acceptance and Commitment Therapy (ACT)*.

Keywords: Self-esteem, perfectionism, psychological inflexibility, psychopathology, clinical and non-clinical

Introductie

In de overgang van de adolescentiefase naar de jongvolwassenenfase krijgen jongvolwassenen te maken met verschillende veranderingen in hun ontwikkeling.

Jongvolwassenen zijn bezig met het vormen van hun eigen identiteit, afstuderen, het kiezen van een baan en het vormen van nieuwe relaties met vrienden en met hun ouders (Blakemore, 2012; Cicchetti, & Rogosch, 2002). Deze veranderingen op persoonlijk en sociaal gebied hebben een grote invloed, zowel positief als negatief, op de mentale gezondheid van de jongvolwassenen (Isomaa et al., 2013). Jongvolwassenen die in deze fase meer stress ervaren en negatieve ervaringen opdoen, lopen een groter risico om problemen te krijgen met hun mentale gezondheid (Pedrelli et al., 2015; Peng et al., 2021).

In de Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen 2022 (RIVM, 2022) gaf 53% van de Nederlandse jongvolwassenen aan psychische klachten, zoals angst, depressie, alcohol- en drugsmisbruik en agressieproblemen te ervaren. Deze problemen kunnen zich voortzetten tot in de volwassenheid en kunnen ernstige consequenties hebben, zoals sociale problemen, schoolverzuim, verzuim van werk of zelfs suïcidale gedachten en -pogingen (Leebens & Williamson, 2017; Schraven et al., 2021). Gezien de hoge prevalentie en de ernstige gevolgen van psychopathologie bij jongvolwassenen, is het belangrijk dat de mentale gezondheid van deze leeftijdsgroep (15-25-jarigen) serieus wordt genomen (Skehan & Davis, 2017). Het is dus van belang om naar verschillende soorten risicofactoren te kijken zodat er (preventief) kan worden ingegrepen wanneer er psychopathologie ontstaat.

Psychopathologie is vaak niet terug te leiden tot één risicofactor. Er zijn meerdere risicofactoren die invloed kunnen hebben op het ontwikkelen van psychopathologie en het is vaak lastig te bepalen welke dat precies zijn. Externe risicofactoren kunnen verschillen van traumatische ervaringen in de kindertijd (Vrijssen et al., 2017), seksueel misbruik (Noll, 2021), drugsmisbruik van familieleden of familieleden die gevangenen hebben gezeten (Putnam et al., 2013). Maar er kunnen ook interne risicofactoren meespelen zoals problemen met emotieregulatie (McLaughlin et al., 2011) of problemen met persoonlijkheidskenmerken zoals zelfwaardering en perfectionisme (Tosevski et al., 2010). In dit onderzoek worden deze persoonlijkheidskenmerken verder onderzocht.

Zelfwaardering is de positieve of negatieve houding die we naar onszelf tonen en die zich uit in onze gevoelens, gedachten en gedrag (Isomaa et al., 2013). Iemand met lage zelfwaardering is niet tevreden met zichzelf, valt niet graag op en voelt zich onzeker over zijn eigen gevoelens (Zeigler-Hill, 2011). Jongvolwassenen baseren hun zelfwaardering gedeeltelijk op hun eigen prestaties op bepaalde leefgebieden, zoals schoolprestaties en

lichaamsgewicht (Fairburn et al., 2003; Tosevski, et al., 2010). Er ontstaan problemen met zelfwaardering, wanneer jongvolwassenen zich zorgen gaan maken over het niet kunnen naleven van hun hoge standaarden (Frost et al., 1990). Hun zelfwaardering daalt, ze raken gefrustreerd en ervaren negatieve gevoelens over zichzelf. Hierdoor lopen ze meer risico om diverse vormen van psychopathologie te ontwikkelen (Hosogi et al., 2012). Bij diverse vormen van psychopathologie, zoals een angst-, eet- en depressieve stoornis, is het hebben van een lage zelfwaardering dan ook een belangrijke risicofactor (Bos et al., 2010; Zeigler-Hill, 2011).

Perfectionisme is het tweede persoonlijkheidskenmerk dat onderzocht wordt en ondanks dat de term veel wordt gebruikt, is er nog steeds veel discussie over een concrete definitie. Een groot deel van de onderzoeken maakt daarom onderscheid tussen twee subschalen van perfectionisme; doelen en zorgen. Aan de ene kant gaan perfectionistische doelen over het waarderen van structuur en ordening en het daarbij stellen van hoge persoonlijke eisen voor jezelf en anderen. Aan de andere kant gaan perfectionistische zorgen over het ervaren van druk van anderen om goed te presteren en het negatief denken wanneer je fouten maakt (DiBartolo et al., 2008). Beide vormen van perfectionisme worden al langere tijd gekoppeld aan diverse vormen van psychopathologie zoals depressie, stress, eet- en angststoornissen (Egan et al., 2011; Limburg et al., 2017).

Hoewel zelfwaardering en perfectionisme in de literatuur vaak geassocieerd worden met diverse vormen van psychopathologie bij adolescenten, is er nog weinig bekend over de doelgroep van de jongvolwassenen. Enkele onderzoeken laten zien dat er wellicht andere factoren onderliggend zijn aan de associatie tussen zelfwaardering en psychopathologie en perfectionisme en psychopathologie (Macedo et al., 2014; Suh et al., 2022; Zeigler-Hill, 2011; Watson et al., 2011). Een voorbeeld van zo een mechanisme wat gerelateerd kan zijn aan verschillende vormen van psychopathologie is psychologische inflexibiliteit (Fischer et al., 2016; Kingston et al., 2010; Levin et al., 2014).

Wanneer iemand een hoge psychologische inflexibiliteit heeft, wordt het gedrag van diegene voortdurend negatief beïnvloed door zijn of haar negatieve gedachten en ervaringen en zal deze proberen te controleren of vermijden (Bond et al., 2011). Het gaat er om dat vervelende interne en externe ervaringen worden vermeden of gecontroleerd en dat wordt gedaan aan de hand van zes psychologische processen: experiëntiële vermijding, cognitieve fusie, richtingloosheid, gewontereacties, gehechtheid aan zelfbeelden en aandacht in het verleden en toekomst (Hayes et al., 2006). Wanneer de jongvolwassene één of meer van deze processen toepast en daardoor niet gepast kan reageren op stressvolle situaties, kan dit ervoor

zorgen dat hij psychopathologie ontwikkelt (Arslan et al., 2021; Kashdan & Rottenberg, 2010; Woodruff et al., 2014). Daartegenover staat dat mensen die meer psychologisch flexibel zijn, over het algemeen minder psychische problemen hebben en beter hun gedrag en emoties kunnen aanpassen aan de situatie (Flaxman, & Bond, 2010; Scott, & McCracken, 2015).

Psychologische inflexibiliteit kan ook verbonden worden aan zelfwaardering. Een onderdeel van psychologische inflexibiliteit is namelijk dat mensen zich vaak vasthouden aan bepaalde (negatieve) gedachten over zichzelf (Ishizu et al., 2022). Een lage zelfwaardering en de zogenoemde experiëntiële vermijding versterken elkaar, omdat jongvolwassenen te lang blijven broeden op de negatieve gedachten en liever negatieve emoties en ervaringen uit de weg gaan (Hayes et al., 2011; Peng et al., 2021).

Er is verder weinig wetenschappelijk onderzoek te vinden over de relatie tussen perfectionisme en psychologische inflexibiliteit. Een behandeling van perfectionisme met *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT), waar psychologische inflexibiliteit een onderdeel van is, lijkt echter wel voor betere uitkomsten te zorgen ten opzichte van een normale behandeling (Ong et al., 2019b). Er lijkt dus wel een relatie te zijn tussen perfectionisme en psychologische inflexibiliteit, maar dit verband is nog niet heel ver onderzocht.

Samenvattend zijn de losse relaties van een lage zelfwaardering, een hoge mate van perfectionisme en een hoge mate van psychologische inflexibiliteit met psychopathologie al meermaals bewezen in wetenschappelijk onderzoek. De relaties tussen zelfwaardering en perfectionisme met psychologische inflexibiliteit zijn minder vaak onderzocht. Er wordt in dit onderzoek verder gekeken dan deze directe relaties. Er wordt namelijk onderzocht of psychologische inflexibiliteit een mediërende invloed heeft in de relatie tussen zelfwaardering en perfectionisme met psychopathologie. Hoewel hier al enig bewijs voor is gevonden, gaan deze onderzoeken voornamelijk over jongeren of volwassenen. Zo hebben Ishizu et al. (2022) gevonden dat een lage psychologische inflexibiliteit dient als mediator in de relatie tussen zelfwaardering en depressieve klachten bij Japanse middelbare scholieren. Daarnaast lieten Ong et al., (2019a) en Ong et al. (2021) zien dat psychologische inflexibiliteit een mediërende rol speelt in de relaties tussen perfectionisme en kwaliteit van leven, maar ook met perfectionisme en depressieve symptomen (Moroz & Dunkley, 2015). Dit onderzoek kijkt daarom specifiek naar de doelgroep van de Nederlandse jongvolwassenen.

Wanneer uit dit onderzoek blijkt dat psychologische inflexibiliteit een onderliggende factor is, moet hier verder onderzoek naar worden gedaan in het kader van mogelijke behandelingen. We moeten jongvolwassenen met een lage zelfwaardering en problemen met

perfectionisme dan mogelijk een ander soort behandeling aanbieden, die kan worden afgesteld op de behoeften van de jongvolwassenen. ACT kan hier een voorbeeld van zijn, omdat deze gericht is op het leren omgaan met vervelende situaties via het omzetten van je eigen gedachtegang (Harris, 2006; Steenhaut et al., 2019). Hiermee kan mogelijk verdere psychopathologie in de volwassenheid verminderd en voorkomen worden.

Het huidige onderzoek heeft als doel om de mogelijk mediërende rol van psychologische inflexibiliteit te onderzoeken tussen de relaties van zelfwaardering en perfectionisme met psychopathologie bij jongvolwassenen. Dit wordt opgesplitst aan de hand van de volgende hypothesen:

H1. Er is een negatieve associatie tussen zelfwaardering en psychopathologie.

H2. Er is een positieve associatie tussen perfectionisme en psychopathologie.

H3. Psychologische inflexibiliteit is een mediator in de associatie tussen zelfwaardering en psychopathologie.

H4. Psychologische inflexibiliteit is een mediator in de associatie tussen perfectionisme en psychopathologie.

H5. De associaties en het mediatiemodel van de klinische doelgroep zal sterkere associaties tonen dan de associaties en het mediatiemodel van de niet-klinische doelgroep.

Methode

In dit onderzoek is kwantitatief, cross-sectioneel onderzoek uitgevoerd waarbij bestaande data gebruikt worden van een groot RCT-onderzoek en van een studie met jongeren uit de algemene Nederlandse bevolking.

Deelnemers

In totaal hadden er 397 participanten tussen de 15 en 25 jaar deelgenomen aan dit onderzoek. Hiervan hadden 55 participanten een psychiatrische stoornis en waren ze geworven vanuit 13 betrokken GGZ-instellingen. Twee participanten werden geëxcludeerd omdat ze buiten het leeftijdsbereik van 15-25 jaar vielen. De gemiddelde leeftijd van deze klinische groep was 18.08 jaar ($SD = 2.21$). Van de klinische groep is 71,7% ($N=38$) vrouwelijk, 22,6% ($N= 12$) mannelijk en 5,7% ($N=3$) non-binair. 94,3% van de klinische participanten is in Nederland geboren, 11,3% is laagopgeleid (VMBO), 35,9% volgt onderwijs op havo of mbo-niveau en 30,2% is hoogopgeleid (vwo, HBO of universitair).

Het overige (niet-klinische) deel van de participanten was geworven voor een studie met jongvolwassenen uit de algemene Nederlandse samenleving. Hierbij werd één participant geëxcludeerd omdat die buiten het leeftijdsbereik viel en twee anderen omdat zij niet alle benodigde vragenlijsten hadden ingevuld. De niet-klinische groep bestond hierdoor uit 339

jongvolwassenen met een gemiddelde leeftijd van 21.33 jaar ($SD = 2.84$). Van deze groep is 64,9% ($N=220$) vrouwelijk, 34,8% ($N=118$) mannelijk en 0,3% ($N=1$) non-binair. 94,1% van de klinische participanten is in Nederland geboren, 1,5% is laagopgeleid, 12,7% volgt onderwijs op havo of mbo-niveau en 54,7% is hoogopgeleid.

Procedure

Het huidige onderzoek heeft gebruik gemaakt van gegevens uit de voormeting van het RCT-onderzoek van de klinische groep en van de studie over jongvolwassenen uit de algemene Nederlandse samenleving. Jongvolwassenen uit de klinische groep hadden een psychiatrische stoornis en waren doorverwezen voor behandeling naar een van de deelnemende GGZ-instellingen. Zij hebben diverse psychische problemen zoals OCD, trauma, depressieve stoornis, angststoornis, ADHD of Autisme en vormen de klinische groep. Deze jongvolwassenen werden gevraagd om mee te doen aan de studie. Voor deelnemers onder de 16 was toestemming nodig van de ouder/verzorgers. Aan jongvolwassenen van of boven de 16 is toestemming gevraagd om ook de ouders/verzorgers te contacteren en ook deel te laten nemen. Alle betrokkenen hebben informed consent gegeven. Daarna werd gevraagd of ze een online vragenlijst wilden invullen over hun psychische klachten. De gegevens uit de vragenlijsten over zelfwaardering, perfectionisme, psychologische inflexibiliteit en psychopathologie werden verder besproken.

Jongvolwassenen uit de niet-klinische groep zijn geworven via netwerken, social media en op scholen en hebben informed consent gegeven. Er werd gevraagd om een online enquête in te vullen over psychische klachten, bestaande uit meerdere kleinere vragenlijsten. Het invullen hiervan kostte ongeveer 30-45 minuten. Alleen de vragenlijsten die betrekking hadden op bovengenoemde vier variabelen worden verder besproken.

Meetinstrumenten

Psychopathologie

Psychopathologie is gemeten aan de hand van de Youth Self Report (YSR, Achenbach, 1991; Verhulst et al., 1997), die de jongvolwassenen zelf invulden. Sommige vragen waren aangepast om ze meer ontwikkelingsgevoelig te maken voor de jongvolwassenen. De YSR bestond uit 69 items, die werden gescoord op een 3-punts Likertschaal, waarbij 1 stond voor 'Helemaal niet' en 3 voor 'duidelijk of vaak'. De betrouwbaarheid en validiteit van de vragenlijst waren voldoende (Verhulst et al., 1997). De totale schaalscore is berekend door het gemiddelde te nemen van de 69 items, waarbij een hoge score meer psychopathologie weergeeft. De interne consistentie van de YSR was sterk,

zowel voor de klinische ($\alpha = .94$) als voor de niet-klinische doelgroep ($\alpha = .93$). Hiervoor is de indeling van George en Mallery (2003) gebruikt.

Zelfwaardering

Zelfwaardering is gemeten met de Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES; Franck et al., 2008; Rosenberg, 1965). Deze vragenlijst bestond uit 10 vragen met een 4-punts Likertschaal waarbij 1 stond hier voor ‘Helemaal niet waar voor mij’ en 4 staat voor ‘Helemaal waar voor mij’. Zowel de test-hertest-betrouwbaarheid en de validiteit waren voldoende (Franck et al., 2008). Vijf items werden omgepoold waarna de totale schaalscore berekend werd. Een hoge score gaf meer zelfwaardering weer. De interne consistentie van de RSES verschilde per doelgroep, maar beide waarden waren goed tot zeer sterk. ($\alpha = .89$, $\alpha = .91$).

Perfectionisme

Perfectionisme is gemeten aan de hand van de Frost Multidimensional Perfectionism Scale (FMPS; Frost et al., 1990). De FMPS bestaat uit 26 vragen die werden gescoord aan de hand van een 5-punts Likertschaal. Hierbij stond 1 voor ‘Helemaal niet waar’ en 5 voor ‘Helemaal waar’. De betrouwbaarheid en validiteit van de FMPS waren voldoende (Frost et al., 1990). De totale schaalscore werd berekend door het gemiddelde te nemen van de 26 items, waarbij een hoge gemiddelde score een hoge mate van perfectionisme aangaf. De interne consistentie van de items was zeer sterk zowel voor de klinische groep ($\alpha = .90$) als voor de niet-klinische groep ($\alpha = .92$).

Psychologische flexibiliteit

De psychologische flexibiliteit is gemeten met de Acceptance and Fusion vragenlijst voor jongeren (AFQ-Y; Greco et al., 2008; Simon & Verboon, 2016). Deze vragenlijst bestond uit 17 items met een 5-punts Likertschaal. Hierbij stond 1 voor ‘Helemaal niet waar’ en 5 voor ‘Helemaal erg waar’. De AFQ-Y had een goede betrouwbaarheid en validiteit voor de adolescenten en volwassendoelgroep (Fergus et al., 2012). De totale schaalscore werd berekend door het gemiddelde te nemen van de 17 items. De interne consistentie van de items was sterk voor de niet-klinische groep ($\alpha = .89$) en zeer sterk voor de klinische groep ($\alpha = .90$).

Data-analyse

De twee datasets van de klinische en niet-klinische groep werden geanalyseerd met SPSS Statistics 28. Er werd gecheckt op uitschieters en de assumpties voor een regressieanalyse werden gecontroleerd. Voor de assumpties van lineariteit, normaalverdeling van residuen en homoscedasticiteit, werd er gekeken naar de histogrammen en spreidingsdiagrammen. De assumptie van multicollineariteit is voldaan wanneer de VIF een kleinere waarde heeft dan 10 en de tolerantie groter is dan .10. De vuistregel bij Skewness en

Kurtosis voor een normaalverdeling is dat de waarden tussen de -4 en 4 moeten vallen. De analyses konden nog wel worden uitgevoerd wanneer de normaliteitsassumptie was geschonden, omdat in grote steekproeven ($N > 30$) een schending geen opvallend grote invloed heeft op de resultaten (Schmidt & Finan, 2018).

Om te kijken naar mogelijke verschillen tussen de groepen was er eerst een ANOVA uitgevoerd. De sterkte van de verschillen werd gemeten met de eta-squared. De effect size van de eta-squared is klein bij .01, medium bij .06 en hoog bij .14 (Cohen, 2013). Als bleek dat de verschillen significant waren, werden de correlatie- en mediatieanalyses per groep uitgevoerd in plaats van met de samengevoegde groep. De correlaties tussen de onafhankelijke en afhankelijke variabelen werden geïnterpreteerd aan de hand van Pearson's r . Een r geeft een zwakke correlatie weer bij een waarde van 0.00-0.30, een matige correlatie bij 0.30-0.70 en een sterke correlatie bij 0.70-1.00 (Ratner, 2009). De mediatieanalyses werden uitgevoerd door middel van PROCESS. Per onafhankelijke variabele werd er een mediatie uitgevoerd. Resultaten werden hierbij als significant gezien bij een alfa-waarde van .05 of kleiner, of als de waarde 0 niet tussen de betrouwbaarheidsintervallen viel.

De assumpties van de ANOVA van de samengevoegde groep werden gecheckt. De normaliteitsassumptie was in eerste instantie geschonden omdat de Kolmogorov-Smirnov-test overal een significantie van $p < .001$ liet zien. De waardes Skewness en Kurtosis vielen echter binnen hun limiet en de groepsgrootte was voldoende. De assumptie van homoscedasticiteit was gedeeltelijk geschonden. De variabelen zelfwaardering ($p = .660$), perfectionisme ($p = .620$) en psychologische inflexibiliteit ($p = .086$) lieten gelijke varianties zien. Alleen de variabele psychopathologie vertoonde geen gelijke varianties ($p = .030$). De correlatie- en mediatieanalyses moesten hierna per groep worden uitgevoerd en voorzichtig worden geïnterpreteerd.

Als eerst werden de assumpties in de klinische groep gecheckt. De assumpties van lineaire relaties, normaalverdeling en multicollineariteit waren voldaan. De assumptie van gelijke variantie was voor alle variabelen voldaan, behalve voor de variabele psychopathologie.

Bij de niet-klinische doelgroep waren de assumpties van lineaire relaties, homoscedasticiteit en multicollineariteit waren voldaan. De assumptie van normaalverdeling was gedeeltelijk geschonden. De Kolmogorov-Smirnov-test liet een significantie zien van $p < .001$ bij alle variabelen. De waardes van Kurtosis en Skewness vielen echter binnen hun limiet en de grootte van de groep was relatief groot waardoor de analyses toch uitgevoerd konden worden.

Resultaten

Verschillen tussen de klinische en niet-klinische groep

Aan de hand van de ANOVA werd onderzocht of er een verschil was tussen de klinische groep en de niet-klinische groep (zie Tabel 1). Alle variabelen vertoonden significante verschillen tussen de klinische en niet-klinische groep. De scores op zelfwaardering waren significant lager voor de klinische doelgroep dan de niet-klinische doelgroep met een hoge effectgrootte. De score voor perfectionisme was hoger bij de klinische groep ten opzichte van de niet-klinische groep en had een kleine effect grootte. Psychologische inflexibiliteit was hoger bij de klinische groep ten opzichte van de niet-klinische groep en had een medium effect grootte. Psychopathologie scoorde ook hoger bij de klinische groep ten opzichte van de niet-klinische groep en had een hoge effect grootte. Door deze significante verschillen tussen de klinische en niet-klinische groep, werden de correlatie- en mediatieanalyses apart per groep uitgevoerd.

Tabel 1

ANOVA-Analyse over de Gemiddelde Waardes van Zelfwaardering, Perfectionisme, Psychologische Inflexibiliteit en Psychopathologie tussen de Klinische (N = 53) en Niet-Klinische Groep (N = 339)

Variabelen	Klinisch		Niet-klinisch		F	η^2
	M	SD	M	SD		
Zelfwaardering	2.22	.61	3.13	.59	108.20*	.22
Perfectionisme	3.13	.65	2.87	.65	7.16**	.02
Psychologische inflexibiliteit	2.79	.78	2.04	.67	55.55*	.13
Psychopathologie	1.64	.27	1.33	.22	83.38*	.18

Noot. * $p < .001$, ** $p < .01$.

Verbanden tussen zelfwaardering, perfectionisme, psychologische inflexibiliteit en psychopathologie in de klinische groep

De correlatieanalyses werden per groep uitgevoerd om de samenhang tussen de verschillende variabelen te meten. De correlaties van de klinische groep zijn weergegeven in Tabel 2. Zelfwaardering vertoonde een significante, matig negatieve correlatie met zowel perfectionisme ($r = -.511$, $p < .001$), psychologische inflexibiliteit ($r = -.509$, $p < .001$) als psychopathologie ($r = -.559$, $p < .001$). Dit hield in dat minder zelfwaardering samenhang met meer perfectionisme, meer psychologische inflexibiliteit en meer psychopathologie. Perfectionisme vertoonde een matig positieve significante correlatie met psychologische

inflexibiliteit ($r = .547, p < .001$) en psychopathologie ($r = .347, p < .001$). Dit betekende dat meer perfectionisme gepaard ging met meer psychologische inflexibiliteit en meer psychopathologie. Als laatste lieten psychologische inflexibiliteit en psychopathologie ook een matig positieve en significante correlatie zien ($r = .620, p < .001$). Een hogere mate van psychologische inflexibiliteit hing samen met meer psychopathologie.

Tabel 2

Correlaties van Zelfwaardering, Perfectionisme, Psychologische Inflexibiliteit en Psychopathologie in de Klinische Groep (N = 53)

	Zelfwaardering	Perfectionisme	Psychologische Inflexibiliteit	Psychopathologie
Zelfwaardering	–			
Perfectionisme	-.511*	–		
Psychologische Inflexibiliteit	-.509*	.547*	–	
Psychopathologie	-.559*	.347*	.620*	–

Noot. * $p < .001$.

Verbanden tussen zelfwaardering, perfectionisme, psychologische inflexibiliteit en psychopathologie in de niet-klinische groep

Ook zijn in de niet-klinische groep correlatieanalyses uitgevoerd (zie Tabel 3). Allereerst had de correlatie tussen zelfwaardering en psychopathologie matig negatieve significantie ($r = -.612, p < .001$). Een mindere mate van zelfwaardering ging hierbij gepaard met een hogere mate van psychopathologie. De zwakke positieve correlatie tussen perfectionisme met psychopathologie was ook significant ($r = .289, p < .001$). Hierbij ging het echter om een hogere mate van perfectionisme die samenging met een hogere mate van psychopathologie. De matige negatieve correlatie van zelfwaardering met psychologische inflexibiliteit ($r = -.683, p < .001$) en de matige positieve correlatie van perfectionisme met psychologische inflexibiliteit ($r = .528, p < .001$) waren tevens significant. Waarbij meer zelfwaardering zorgde voor minder psychologische inflexibiliteit, zorgde meer perfectionisme juist voor meer psychologische inflexibiliteit. De laatste sterk positieve correlatie tussen psychologische inflexibiliteit en psychopathologie was ook significant ($r = .704, p < .001$). Een hogere psychologische inflexibiliteit zorgde voor meer psychopathologie.

Tabel 3

Correlaties van Zelfwaardering, Perfectionisme, Psychologische Inflexibiliteit en Psychopathologie in de Niet-Klinische Groep (N = 339)

	Zelfwaardering	Perfectionisme	Psychologische Inflexibiliteit	Psychopathologie
Zelfwaardering	–			
Perfectionisme	-.492*	–		
Psychologische Inflexibiliteit	-.683*	.528*	–	
Psychopathologie	-.612*	.289*	.704*	–

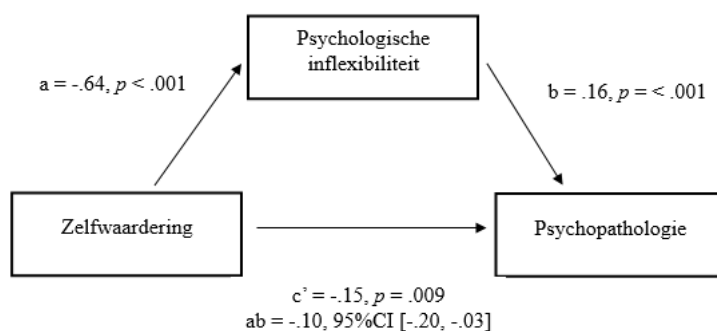
Noot. * $p < .001$.

Mediatieanalyse van zelfwaardering en psychopathologie met psychologische inflexibiliteit als mediator in de klinische groep

Allereerst verklaarde het mediatiemodel van zelfwaardering 25.9% van de variantie ($R^2 = .26$, $F(1,51) = 17,81$, $p < .001$). Zelfwaardering had hierbij een negatieve associatie met psychologische inflexibiliteit (zie Figuur 1). Een lagere zelfwaardering hing hier dus samen met meer psychologische inflexibiliteit ($B = -.64$, $p < .001$). Psychologische inflexibiliteit had een positieve associatie met psychopathologie, wat duidt op een hogere mate van psychologische inflexibiliteit die samenhang met een hogere mate van psychopathologie ($B = .16$, $p < .001$). Dit hield in dat het indirecte pad (ab) significant was en er mediatie plaatsvond ($B = -.10$, 95%CI $[-.20, -.03]$). Doordat zelfwaardering ook in het directe pad psychopathologie significant verklaarde, vond er gedeeltelijke mediatie plaats ($B = -.15$, $p = .009$) (zie Tabel 4).

Figuur 1

Mediatiemodel van Zelfwaardering en Psychopathologie met Psychologische Inflexibiliteit als Mediator in de Klinische Groep (n= 53)

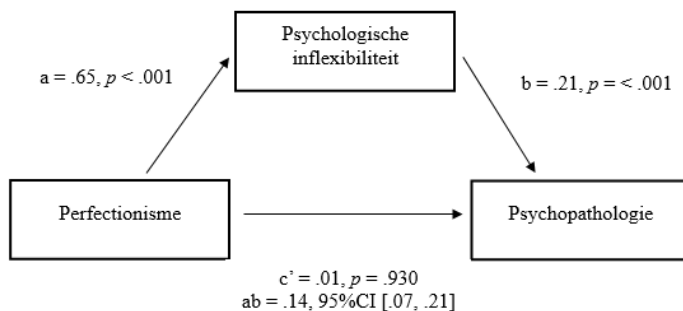


Mediatieanalyse van perfectionisme en psychopathologie met psychologische inflexibiliteit als mediator in de klinische groep

Daarna werd de mediatieanalyse uitgevoerd voor de variabele ‘perfectionisme’ (zie Tabel 4). Dit mediatiemodel verklaart 12,1% van de variantie ($R^2 = .12$, $F(1,51) = 7.00$, $p = .011$). Perfectionisme heeft een positieve associatie met psychologische inflexibiliteit (a). Meer perfectionisme hangt dus samen met meer psychologische inflexibiliteit ($B = .65$, $p < .001$). Psychologische inflexibiliteit is op zijn beurt positief geassocieerd met psychopathologie (b). Een hogere mate psychologische inflexibiliteit hangt dus samen met een hogere mate van psychopathologie ($B = .21$, $p < .001$). Dit betekent dat het indirect pad (ab) significant is en er een mediatie plaatsvindt ($B = .14$, 95% CI [.07, .21]). Doordat het directe pad (c’) van perfectionisme naar psychopathologie niet meer significant is, vindt er volledige mediatie plaats ($B = .01$, $p = .930$) (zie Figuur 2).

Figuur 2

Mediatiemodel van Perfectionisme en Psychopathologie met Psychologische Inflexibiliteit als Mediator in de Klinische Groep (N=53)



Tabel 4

Mediatieresultaten van Psychologische Inflexibiliteit op de Relatie van Zelfwaardering met Psychopathologie en op de Relatie van Perfectionisme met Psychopathologie in de Klinische Groep (N= 53)

Klinisch	B	SE B	β	95% CI	p
Zelfwaardering x Psychologische inflexibiliteit	-.25	.05	-.56	[-.35, -.14]	<.001
Zelfwaardering Psychologische inflexibiliteit	-.15	.05	-.32	[-.25, -.04]	.009**
Perfectionisme x Psychologische inflexibiliteit	.14	.05	.35	[.03, .25]	.011***
Perfectionisme Psychologische inflexibiliteit	.01	.05	.01	[-.11, .12]	.930
Perfectionisme Psychologische inflexibiliteit	.14	.04	.34	[.07, .21]	

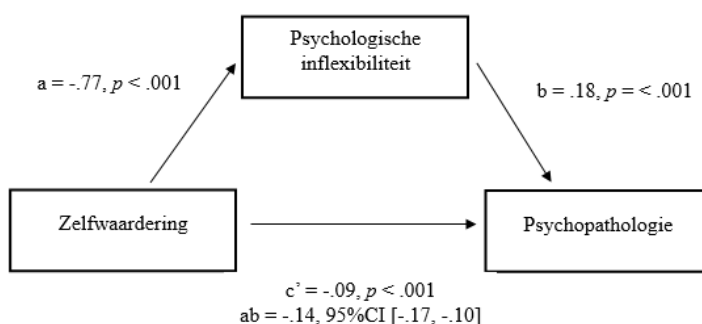
Noot. ** $p < .01$, *** $p < .05$.

Mediatieanalyse van zelfwaardering en psychopathologie met psychologische inflexibiliteit als mediator in de niet-klinische groep

Allereerst verklaarde het mediatiemodel van zelfwaardering 37.4% van de variantie ($R^2 = .37$, $F(1,337) = 201.71$, $p < .001$). Zelfwaardering vertoonde een negatieve associatie met psychologische inflexibiliteit (zie Figuur 3). Een lagere zelfwaardering hing hier samen met meer psychologische inflexibiliteit ($B = -.77$, $p < .001$). Psychologische inflexibiliteit had een positieve associatie met psychopathologie. Dit duidde op een hogere mate van psychologische inflexibiliteit, wat samenging met een hogere mate van psychopathologie ($B = .18$, $p < .001$). Dit betekende dat het indirecte pad (ab) significant was en er mediatie plaatsvond ($B = -.14$, 95%CI [-.17, -.10]). Doordat zelfwaardering in het directe pad psychopathologie significant verklaarde, vond er gedeeltelijke mediatie plaats ($B = -.09$, $p < .001$) (zie Tabel 5).

Figuur 3

Mediatiemodel van Zelfwaardering en Psychopathologie met Psychologische Inflexibiliteit als Mediator in de Niet-Klinische Groep (N=339)



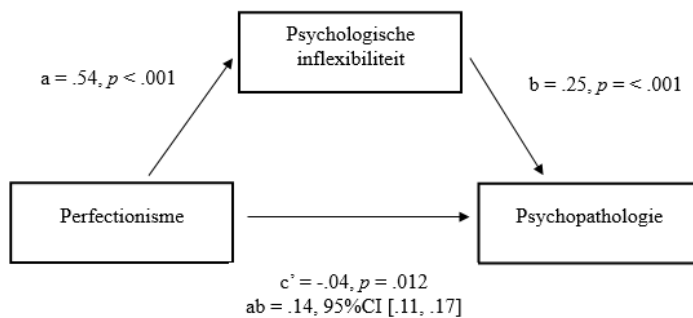
Mediatieanalyse van perfectionisme en psychopathologie met psychologische inflexibiliteit als mediator in de niet-klinische groep

Daarna werd de mediatieanalyse uitgevoerd voor de variabele 'perfectionisme' (zie Figuur 4). Dit mediatiemodel verklaarde 8.3% van de variantie ($R^2 = .08$, $F(1,337) = 30.67$, $p < .001$). Perfectionisme vertoonde een positieve associatie met psychologische inflexibiliteit. Meer perfectionisme hing dus samen met meer psychologische inflexibiliteit ($B = .54$, $p < .001$). Psychologische inflexibiliteit was verder positief geassocieerd met psychopathologie. Een hogere mate van psychologische inflexibiliteit hing samen met een hogere mate van psychopathologie ($B = .25$, $p < .001$). Dit hield in dat het indirecte pad (ab) significant was en er mediatie plaatsvond ($B = .14$, 95%CI [.11, .17]). Doordat perfectionisme in het directe pad

psychopathologie significant verklaarde, vond er gedeeltelijke mediatie plaats ($B = -.04, p = .014$) (zie Tabel 5).

Figuur 4

Mediatie model van Perfectionisme en Psychopathologie met Psychologische Inflexibiliteit als Mediator in de Niet-Klinische Groep (N=339)



Tabel 5

Mediatieresultaten van Psychologische Inflexibiliteit op de Relatie van Zelfwaardering met Psychopathologie en op de Relatie van Perfectionisme met Psychopathologie in de Niet-Klinische Groep (N = 339)

Niet-klinisch	B	SE B	β	95% CI	p
Zelfwaardering x Psychologische inflexibiliteit	-.23	.02	-.61	[-.26, -.20]	<.001
Zelfwaardering Psychologische inflexibiliteit	-.09	.02	-.25	[-.13, -.05]	<.001
Perfectionisme x Psychologische inflexibiliteit	.10	.02	.29	[.06, .13]	<.001
Perfectionisme Psychologische inflexibiliteit	-.04	.02	-.12	[-.07, -.01]	.012***
Perfectionisme	.14	.02	.40	[.11, .17]	

Noot. *** $p < .05$.

Discussie

Het doel van dit onderzoek is om antwoord te geven op de vraag of psychologische inflexibiliteit de associatie tussen zelfwaardering en perfectionisme met psychopathologie verder kan verklaren. De resultaten laten zien dat psychologische inflexibiliteit, zowel in de klinische als niet-klinische groep, een mediërende rol speelt in deze relaties bij jongvolwassenen tussen de 15 en 25 jaar. Verder zijn er significante verschillen tussen de groepen gevonden voor alle vier de variabelen.

De eerste hypothese stelt dat er een negatieve associatie bestaat tussen zelfwaardering en psychopathologie. Deze wordt bevestigd door zowel de klinische en niet-klinische groep. In beide groepen laat een matige correlatie zien dat een lagere mate van zelfwaardering, geassocieerd wordt met hogere mate van psychopathologie. Dit komt overeen met eerdere studies (Frost et al., 1990; Hosogi et al., 2012; Zeigler-Hill, 2011).

De tweede hypothese gaat uit van een positieve correlatie tussen perfectionisme en psychopathologie. Zowel de uitkomsten van de klinische als de niet-klinische groep bevestigen dit. De resultaten zijn consistent met voorgaande studies (DiBartolo et al., 2008; Egan et al., 2011; Limburg et al., 2017). De klinische groep laat echter een matige correlatie zien, terwijl de niet-klinische groep een zwakke correlatie vertoont. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat de participanten uit beide groepen anders denken over de eerdergenoemde perfectionistische zorgen en doelen (DiBartolo et al., 2008, Stoeber & Otto, 2006). De perfectionistische doelen en zorgen kunnen namelijk een tegengestelde invloed hebben op psychopathologie, waarbij de zorgen eerder aanleiding lijken te geven tot probleemgedrag (Stoeber & Gaudreau, 2017). Het is mogelijk dat de niet-klinische groep hoger scoort op de perfectionistische doelen en daarmee meer compenseert op de perfectionistische zorgen dan de klinische groep.

Hypothese drie stelt dat er een mediatie-effect plaatsvond tussen zelfwaardering en psychopathologie via psychologische inflexibiliteit. Zowel in de klinische als niet-klinische groep vindt er gedeeltelijke mediatie plaats. Dit komt overeen met gevonden literatuur (Fischer et al., 2016; Hayes et al., 2011; Ishizu et al., 2022; Peng et al., 2021). Een negatieve houding tegenover jezelf aannemen kan dus samengaan met hogere levels van psychologisch inflexibiliteit. Deze hogere waarde van psychologische inflexibiliteit heeft zo weer meer impact op psychopathologie (Muris et al., 2017).

De vierde hypothese gaat uit van een mediatie-effect van psychologische inflexibiliteit in de relatie tussen perfectionisme en psychopathologie. In het model van de klinische doelgroep was een volledig mediatie-effect te vinden, terwijl de niet-klinische doelgroep een gedeeltelijk mediatie-effect vertoonde. Ondanks dat er weinig artikelen te vinden zijn over deze mediatie-effecten, komen deze gegevens grotendeels overeen met Ong et al. (2019b) en Ong et al. (2021). Zij vonden dat een behandeling met ACT, waar psychologische inflexibiliteit onderdeel van is, effect had bij het behandelen van perfectionisme. Een groot aspect van het ACT model is experiëntiële vermijding en Ruiz (2010) laat zien dat experiëntiële vermijding een mediërende rol speelt bij verschillende vormen van

psychopathologie. Het is mogelijk dat de volledige mediatie in de klinische groep plaatsvindt door een hoge mate van experiëntiële vermijding binnen hun psychologische inflexibiliteit.

De laatste hypothese stelt dat de mediatiemodellen van de klinische groep sterkere associaties zullen vertonen dan de mediatiemodellen van de niet-klinische groep. Alle modellen laten een mediatie-effect zien, alleen perfectionisme in de klinische groep is volledig gemedieerd. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de hoge score van psychologische inflexibiliteit al een groot deel van de veranderingen in psychopathologie verklaard (Ong et al., 2019a). De hogere score op perfectionisme van de klinische groep kan dit effect mogelijk verder versterken en zo voor volledige mediatie zorgen.

Limitaties

Er zijn een aantal limitaties aan dit onderzoek te benoemen. Allereerst zorgt het cross-sectionele ontwerp van deze studie ervoor dat er moeilijk conclusies kunnen worden getrokken met betrekking tot causaliteit. Er zijn echter al meerdere onderzoeken gedaan naar de verbanden van zelfwaardering en perfectionisme met psychopathologie (Shafran & Mansell, 2001; Zeigler-Hill, 2011).

Ten tweede bestond de klinische groep uit een relatief klein aantal participanten. Een kleine steekproef is niet altijd representatief naar de algehele populatie, waardoor de resultaten niet gelijk gegeneraliseerd kunnen worden. Hierbij kwam ook kijken de normaliteitsassumptie niet volledig was voldaan. De *central limit theorem* (Schmidt & Finan, 2018) stelt echter dat een steekproef groter dan 30 personen bij benadering wel een normale verdeling zal hebben.

Een derde limitatie is dat dit onderzoek is gebaseerd op zelfrapportage. De antwoorden die de jongeren hebben gegeven kunnen afwijken van hun werkelijke gevoelens en ervaringen. Zeker bij de gevoelige onderwerpen moet er rekening worden gehouden met sociaalwenselijke antwoorden (Van de Mortel, 2008).

Ondanks deze limitaties heeft dit onderzoek meerdere sterktes. Ten eerste is er nog maar weinig onderzoek gedaan naar de mediërende rol van psychologische inflexibiliteit bij zowel een klinische als niet-klinische groep. Maar ook de jongvolwassenen zijn een nog niet veel onderzochte doelgroep. Daarbij is niet alleen de grootte van de steekproef een sterkte, maar ook dat er is gekeken naar zowel het verband van zelfwaardering als perfectionisme met psychologische inflexibiliteit. Deze verbanden zijn nog niet uitgebreid onderzocht.

Klinische implicaties

Voor interventies die zich richten op jongvolwassenen is het belangrijk om aandacht te besteden aan psychologische inflexibiliteit, omdat dit wel degelijk blijkt samen te hangen met

de relatie zelfwaardering en perfectionisme met psychopathologie. ACT is een interventie die zich al focust op psychologische inflexibiliteit en duidelijke resultaten laat zien in het behandelen van verschillende vormen van psychopathologie (A-Tjak et al., 2015; Hayes et al., 2006; Hayes et al., 2012).

Er kan nog verder onderzoek gedaan worden naar de subschalen van alle gebruikte variabelen en bijbehorende vragenlijsten. Zo kan er bijvoorbeeld onderzocht worden welke specifieke onderdelen van psychologische inflexibiliteit het meeste bijdragen aan de gevonden mediatie-effecten. Meerdere onderzoeken laten al zien dat voornamelijk experiëntiële vermijding gerelateerd is aan diverse depressieve symptomen (Gámez et al., 2011; Santanello & Gardner, 2007)

Ook zou er gekeken kunnen worden naar andere mediatiemodellen. Zo zou zelfwaardering een mediërende rol kunnen spelen in de relatie tussen perfectionisme en psychopathologie. Moroz en Dunkley (2015) vonden namelijk al een mediërend effect van zelfwaardering in de relatie tussen perfectionisme en depressieve klachten.

Conclusie

De huidige studie laat zien dat psychologische inflexibiliteit een belangrijk onderliggende factor is bij psychopathologie en dus ook in het behandelen daarvan. Het laat een mediërende invloed zien op de relatie van zowel zelfwaardering als perfectionisme met psychopathologie. Het verminderen van de psychologische inflexibiliteit door middel van ACT lijkt niet alleen batend te zijn voor jongvolwassenen met klinische problemen. Ook voor de jongvolwassenen uit de niet-klinische groep met lichte óf zonder klachten zou het mogelijk baten om een (preventieve) interventie zoals ACT te volgen.

Referenties

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Arslan, G., Yildirim, M., Tanhan, A., Buluş, M., & Allen, K. A. (2021). Coronavirus stress, optimism-pessimism, psychological inflexibility, and psychological health: Psychometric properties of the Coronavirus Stress Measure. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19, 2423-2439.
<https://doi.org/10.1007/s11469-020-00337-6>
- A-tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A., & Emmelkamp, P. M. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 30-36. <https://doi.org/10.1159/000365764>
- Blakemore, S. J. (2012). Development of the social brain in adolescence. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 105(3), 111-116. <https://doi.org/10.1258/jrsm.2011.110221>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Bos, A. E., Huijding, J., Muris, P., Vogel, L. R., & Biesheuvel, J. (2010). Global, contingent and implicit self-esteem and psychopathological symptoms in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 48(3), 311-316.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.10.025>
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 6-20.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.1.6>
- Cohen, J. (2013). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Academic press.
- DiBartolo, P. M., Li, C. Y., & Frost, R. O. (2008). How do the dimensions of perfectionism relate to mental health? *Cognitive Therapy and Research*, 32(3), 401-417.
<https://doi.org/10.1007/s10608-007-9157-7>
- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 203-212.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.009>

- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, *41*(5), 509-528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
- Fergus, T. A., Valentiner, D. P., Gillen, M. J., Hiraoka, R., Twohig, M. P., Abramowitz, J. S., & McGrath, P. B. (2012). Assessing psychological inflexibility: The psychometric properties of the avoidance and fusion questionnaire for youth in two adult samples. *Psychological Assessment*, *24*(2), 402–408. <https://doi.org/10.1037/A0025776>
- Fischer, T. D., Smout, M. F., & Delfabbro, P. H. (2016). The relationship between psychological flexibility, early maladaptive schemas, perceived parenting and psychopathology. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *5*(3), 169-177. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.06.002>
- Flaxman, P. E., & Bond, F. W. (2010). A randomised worksite comparison of acceptance and commitment therapy and stress inoculation training. *Behaviour Research and Therapy*, *48*(8), 816–820. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.004>
- Franck, E., De Raedt, R., Barbez, C., & Rosseel, Y. (2008). Psychometric properties of the Dutch Rosenberg self-esteem scale. *Psychologica Belgica*, *48*(1), 25-35. <https://doi.org/10.5334/pb-48-1-25>
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, *14*, 449-468. <https://doi.org/10.1007/BF01172967>
- Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., & Watson, D. (2011). Development of a measure of experiential avoidance: the Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire. *Psychological Assessment*, *23*(3), 692-713. <https://doi.org/10.1037/a0023242>
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Greco, L. A., Lambert, W., & Baer, R. A. (2008). Psychological inflexibility in childhood and adolescence: development and evaluation of the avoidance and fusion questionnaire for youth. *Psychological Assessment*, *20*(2), 93–102. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.20.2.93>
- Harris, R. (2006). Embracing your demons: An overview of acceptance and commitment therapy. *Psychotherapy in Australia*, *12*(4). <https://contextualscience.org/files/article%20psychOz.pdf>

- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976-1002. <https://doi.org/10.1177/0011000012460836>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change*. New York, NY; Guilford Press.
- Hosogi, M., Okada, A., Fujii, C., Noguchi, K., & Watanabe, K. (2012). Importance and usefulness of evaluating self-esteem in children. *BioPsychoSocial Medicine*, 6(9). <https://doi.org/10.1186/1751-0759-6-9>
- Ishizu, K., Ohtsuki, T., & Shimoda, Y. (2022). Contingent self-worth and depression in early adolescents: The role of psychological inflexibility as a mediator. *Acta Psychologica*, 230, <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2022.103744>
- Isomaa, R., Väänänen, J. M., Fröjd, S., Kaltiala-Heino, R., & Marttunen, M. (2013). How low is low? Low self-esteem as an indicator of internalizing psychopathology in adolescence. *Health Education & Behavior*, 40(4), 392-399. <https://doi.org/10.1177/1090198112445481>
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 865-878. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>
- Kingston, J., Clarke, S., & Remington, B. (2010). Experiential avoidance and problem behavior: A mediational analysis. *Behavior Modification*, 34(2), 145-163. <https://doi.org/10.1177/0145445510362575>
- Leebens, P. K., & Williamson, E. D. (2017). Developmental psychopathology: Risk and resilience in the transition to young adulthood. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 26(2), 143-156. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2016.12.001>
- Levin, M. E., MacLane, C., Daflos, S., Seeley, J. R., Hayes, S. C., Biglan, A., & Pistorello, J. (2014). Examining psychological inflexibility as a transdiagnostic process across psychological disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(3), 155-163. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.06.003>
- Limburg, K., Watson, H. J., Hagger, M. S., & Egan, S. J. (2017). The relationship between perfectionism and psychopathology: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 73(10), 1301-1326. <https://doi.org/10.1002/jclp.22435>

- Macedo, A., Marques, M., & Pereira, A. T. (2014). Perfectionism and psychological distress: A review of the cognitive factors. *International Journal of Clinical Neurosciences and Mental Health*, 1(6), 1-10. <https://doi.org/10.21035/ijcnmh.2014.1.6>
- McLaughlin, K. A., Hatzenbuehler, M. L., Mennin, D. S., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 49(9), 544-554. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.06.003>
- Moroz, M., & Dunkley, D. M. (2015). Self-critical perfectionism and depressive symptoms: Low self-esteem and experiential avoidance as mediators. *Personality and Individual Differences*, 87, 174-179. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.07.044>
- Muris, P., Meesters, C., Herings, A., Jansen, M., Vossen, C., & Kersten, P. (2017). Inflexible youngsters: Psychological and Psychopathological Correlates of the Avoidance and Fusion Questionnaire for youths in nonclinical Dutch adolescents. *Mindfulness*, 8, 1381-1392. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0714-1>
- Noll, J. G. (2021). Child sexual abuse as a unique risk factor for the development of psychopathology: The compounded convergence of mechanisms. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17, 439-464. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-112621>
- Ong, C. W., Barney, J. L., Barret, T. S., Lee, E. B., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2019a). The role of psychological inflexibility and self-compassion in acceptance and commitment therapy for clinical perfectionism. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 13, 7-16. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.06.005>
- Ong, C. W., Lee, E. B., Krafft, J., Terry, C. L., Barrett, T. S., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2019b). A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for clinical perfectionism. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 22, <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2019.100444>.
- Ong, C. W., Lee, E. B., Petersen, J. M., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2021). Is perfectionism always unhealthy? Examining the moderating effects of psychological flexibility and self-compassion. *Journal of Clinical Psychology*, 77(11), 2576-2591. <https://doi.org/10.1002/jclp.23187>
- Pedrelli, P., Nyer, M., Yeung, A., Zulauf, C., & Wilens, T. (2015). College students: Mental health problems and treatment considerations. *Academic Psychiatry*, 39, 503-511. <https://doi.org/10.1007/s40596-014-0205-9>

- Peng, B., Hu, N., Yu, H., Xiao, H., & Luo, J. (2021). Parenting style and adolescent mental health: The chain mediating effects of self-esteem and psychological inflexibility. *Frontiers in Psychology, 12*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.738170>
- Putnam, K. T., Harris, W. W., & Putnam, F. W. (2013). Synergistic childhood adversities and complex adult psychopathology. *Journal of traumatic stress, 26*(4), 435-442. <https://doi.org/10.1002/jts.21833>
- Ratner, B. (2009). The correlation coefficient: Its values range between +1/-1, or do they? *Journal of Targeting, Measurement and Analysis for Marketing, 17*(2), 139-142. <https://doi.org/10.1057/jt.2009.5>
- RIVM (2022). Corona Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen 2022, GGD'en en RIVM. <https://statline.rivm.nl/#/RIVM/nl/dataset/50115NED/table>
- Rosenberg, M. (1965). Rosenberg self-esteem scale (RSE). *Acceptance and Commitment Therapy: Measures Package*, 61-62.
- Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 10*(1), 125-162. <https://www.redalyc.org/pdf/560/56017066008.pdf>
- Santanello, A. W., & Gardner, F. L. (2007). The role of experiential avoidance in the relationship between maladaptive perfectionism and worry. *Cognitive Therapy and Research, 31*, 319-332. <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9000-6>
- Schmidt, A. F., & Finan, C. (2018). Linear regression and the normality assumption. *Journal of Clinical Epidemiology, 98*, 146-151. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.12.006>
- Schraven, J., Matthijsen, D., Van de Weerden, C., Heyne, D., & Bodden, D. (2021). ACT your way: Kwaliteit van het protocol en eerste bevindingen van een pilot-effectonderzoek bij adolescenten met een recidiverende depressie. *Gedragstherapie, 54*(2), 99-119. Verkregen van <https://hdl.handle.net/1887/3256581>
- Scott, W., & McCracken, L. M. (2015). Psychological flexibility, acceptance and commitment therapy, and chronic pain. *Current Opinion in Psychology, 2*, 91-96. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2014.12.013>
- Shafran, R., & Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical psychology review, 21*(6), 879-906. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(00\)00072-6](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(00)00072-6)

- Simon, E., & Verboon, P. (2016). Psychological inflexibility and child anxiety. *Journal of Child and Family Studies*, 25(12), 3565-3573.
<https://doi.org/10.1007/s10826-016-0522-6>
- Skehan, B., & Davis, M. (2017). Aligning mental health treatments with the developmental stage and needs of late adolescents and young adults. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 26(2), 177-190. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2016.12.003>
- Steenhaut, P., Rossi, G., Demeyer, I., & De Raedt, R. (2019). How is personality related to well-being in older and younger adults? The role of psychological flexibility. *International Psychogeriatrics*, 31(9), 1355-1365.
<https://doi.org/10.1017/S1041610218001904>
- Stoeber, J., & Gaudreau, P. (2017). The advantages of partialling perfectionistic strivings and perfectionistic concerns: Critical issues and recommendations. *Personality and Individual Differences*, 104, 379-386. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.08.039>
- Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*, 10(4), 295-319.
https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1004_2
- Suh, H., Liou, P. Y., Jeong, J., & Kim, S. Y. (2022). Perfectionism, prolonged stress reactivity, and depression: A two-wave cross-lagged analysis. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 1-15.
<https://doi.org/10.1007%2Fs10942-022-00483-x>
- Tosevski, D. L., Milovancevic, M. P., & Gajic, S. D. (2010). Personality and psychopathology of university students. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(1), 48-52.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328333d625>
- Van de Mortel, T. F. (2008). Faking it: Social desirability response bias in self-report research. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25(4), 40-48.
<https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.210155003844269>
- Verhulst, F. C., van der Ende, J., & Van der Koot, J. M. (1997). Handleiding voor de Youth Self-Report (YSR). Sophia Kinderziekenhuis/Erasmus MC.
- Vrijzen, J. N., Van Amen, C. T., Koekkoek, B., Van Oostrom, I., Schene, A. H., & Tendolkar, I. (2018). Childhood trauma and negative memory bias as shared risk factors for psychopathology and comorbidity in a naturalistic psychiatric patient sample. *Brain and Behavior*, 8(12). <https://doi.org/10.1002/brb3.1181>
- Watson, H. J., Raykos, B. C., Street, H., Fursland, A., & Nathan, P. R. (2011). Mediators between perfectionism and eating disorder psychopathology: Shape and weight

overvaluation and conditional goal-setting. *International Journal of Eating Disorders*, 44(2), 142-149. <https://doi.org/10.1002/eat.20788>

Woodruff, S. C., Glass, C. R., Arnkoff, D. B., Crowley, K. J., Hindman, R. K., & Hirschhorn, E. W. (2014). Comparing self-compassion, mindfulness, and psychological inflexibility as predictors of psychological health. *Mindfulness*, 5(4), 410-421. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0195-9>

Zeigler-Hill, V. (2011). The connections between self-esteem and psychopathology. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 41(3), 157-164. <https://doi.org/10.1007/s10879-010-9167-8>