

KU LEUVEN

FACULTEIT PSYCHOLOGIE EN
PEDAGOGISCHE WETENSCHAPPEN

Onderzoeksgroep Klinische Psychologie

**ZES MAANDEN FOLLOW-UP STUDIE NAAR HET
EFFECT VAN ONTWIKKELINGSGERICHT COACHEN
VAN PERFECTIONISME**

Masterproef aangeboden tot het
verkrijgen van de graad van
Master of Science in de
psychologie

Door

Stefanie Neyrinck

promotor: Prof. Dr. Patrick Luyten

2018

KU LEUVEN

FACULTEIT PSYCHOLOGIE EN
PEDAGOGISCHE WETENSCHAPPEN

Onderzoeksgroep Klinische Psychologie

**ZES MAANDEN FOLLOW-UP STUDIE NAAR HET
EFFECT VAN ONTWIKKELINGSGERICHT COACHEN
VAN PERFECTIONISME**

Masterproef aangeboden tot het
verkrijgen van de graad van
Master of Science in de
psychologie

Door

Stefanie Neyrinck

promotor: Prof. Dr. Patrick Luyten

2018

Samenvatting

Perfectionisme heeft belangrijke implicaties voor de klinische praktijk omdat het een negatieve impact kan hebben op het welzijn. Onderzoek toont immers aan dat perfectionisme een kwetsbaarheidsfactor is voor verschillende vormen van psychopathologie, waaronder depressie, angst en moeilijkheden met relationeel functioneren. Verder tonen verscheidene studies aan dat perfectionisme de behandeling van verschillende psychische stoornissen kan belemmeren. Behandelingen die rechtstreeks gericht zijn op het behandelen van perfectionisme zouden zo ook een positieve impact kunnen hebben op de behandeling van tal van andere stoornissen. In deze studie wordt er gefocust op de effectiviteit van Ontwikkelingsgericht Coachen van Perfectionisme (OCP). Dat is een nieuwe methodiek die aan de hand van een zevental sessies verspreid over ongeveer drie maanden het perfectionismepatroon van functioneren van een individu poogt te veranderen.

In een pilootonderzoek werd vastgesteld dat OCP een positief effect had op depressie, angst, relationeel functioneren en perfectionisme bij afronding van het traject. De huidige studie onderzoekt het effect van OCP zes maanden na afronding van het coachingstraject op depressie, angst, relationeel functioneren en perfectionisme zelf. Aan 62 coachees werd gevraagd zelfrapportage vragenlijsten die peilen naar depressie, angst, relationeel functioneren en perfectionisme in te vullen zes maanden na afronding van hun traject. Eerst werd er aan de hand van een *drop-out* analyse nagegaan of er sprake was van selectieve uitval. Drieëndertig coachees hebben op alle drie de meetmomenten de vragenlijstbundel ingevuld, en dus de volledige studie doorlopen, 29 coachees werden als *drop-outs* beschouwd. De data-analyse toonde aan dat beide groepen niet significant verschilden van elkaar, behalve wat perfectionisme betreft. Participanten met een hogere mate van perfectionisme hadden meer de neiging in de studie te blijven.

Aan de hand van een ANOVA met herhaalde metingen, die opgevolgd werd door t-toetsen voor afhankelijke metingen werd vastgesteld dat er een significante daling was tussen het eerste meetmoment (T1; bij aanvang van het OCP-traject) en meetmoment drie (T3; zes maanden na afronding van het OCP-traject) voor depressie, angst, moeilijkheden met relationeel functioneren en perfectionisme. Tussen meetmoment twee (T2; bij afronding van het OCP-traject) en T3 werd een lichte stijging in depressie, angst, moeilijkheden met relationeel functioneren en perfectionisme vastgesteld. Deze lichte stijging was echter niet significant, wat wijst op een behoud van verandering zes maanden na afronding van het traject. De implicaties van deze bevindingen voor OCP en de behandelingen van perfectionisme meer algemeen worden besproken.

Woord van Dank

Eerst en vooral wil ik graag mijn promotor Prof. Dr. Patrick Luyten bedanken. Hij maakte het voor mij mogelijk om rond dit boeiende onderwerp een wetenschappelijk onderzoek uit te voeren. Tijdens ons eerste gesprek heeft hij me het vertrouwen gegeven dat ik deze masterproef tot een goed einde kon brengen, wat mij extra motiveerde.

Daarnaast wil ik ook graag Naomi Borkelmans en Inez Wulleman, twee medestudenten aan de KU Leuven, bedanken. Zij hebben in het kader van hun masterproef het pilootonderzoek voor zich genomen waaronder de dataverzameling voor de eerste twee meetmomenten. Ze zorgden hierna voor een vlotte overdracht zodat ik hiermee verder aan de slag kon gaan in het follow-up onderzoek.

Verder wil ik ook alle OCP-coaches en de coachees bedanken die de tijd namen om deel te nemen aan dit onderzoek.

Stefanie Neyrinck

Leuven, 2017

Toelichting Aanpak en Eigen Inbreng

Het follow-up onderzoek dat uiteengezet wordt in deze masterproef kadert binnen een groter onderzoek met als doel de effectiviteit te meten van een methodiek om perfectionisme te verminderen, namelijk Ontwikkelingsgericht Coachen van Perfectionisme (OCP), die ontwikkeld werd door dhr. Marcel Hendrickx. Eerder werd hierover aan de KU Leuven reeds een pilootonderzoek gedaan.

In huidig onderzoek wordt er gefocust op het meten van de effectiviteit zes maanden na afronding van het traject. Hiervoor heb ik onder begeleiding van Prof. Dr. Patrick Luyten de dataverzameling verzorgd door de vragenlijsten voor het derde meetmoment per post naar de verschillende coachees te sturen. Gedurende het follow-up onderzoek beheerde ik de mailbox die ervoor zorgde dat ik contact kon hebben met de verschillende coaches en coachees, wat nodig was indien er bijvoorbeeld reminders moesten uitgezonden worden. Het schrijven van de inleiding, de literatuurstudie, de methode, de resultaten en de discussie, het invoeren van de data van meetmoment drie en het uitvoeren van de data-analyse deed ik zelfstandig, maar werd hierbij begeleid door mijn promotor. De onderzoeksvragen en hypothesen waren op voorhand grotendeels vastgelegd omdat dit onderzoek volgt op een pilootstudie waar eveneens de effectiviteit van de OCP-methodiek onderzocht werd.

Inhoudsopgave

Samenvatting	i
Woord van Dank	ii
Toelichting Aanpak en Eigen Inbreng	iii
Inhoudsopgave	iv
Lijst van Tabellen.....	v
Lijst van Figuren	vi
Inleiding	1
Literatuurstudie	2
Perfectionisme	2
Perfectionisme en Negatieve Uitkomsten	4
Behandelen van Perfectionisme	9
Onderzoeksdoelstellingen en Hypothesen	13
Methode.....	14
Procedure.....	14
Interventie.....	15
Meetinstrumenten.....	16
Data-Analyse	19
Resultaten	19
Participanten.....	19
Drop-Out Analyse	23
Correlaties Tussen de Doelvariabelen.....	25
Resultaten van de Follow-Up Studie.....	26
Discussie.....	33
Conclusie.....	35
Literatuur.....	36

Lijst van Tabellen

Tabel 1. <i>Aanmeldingsproblematieken van de Volledige Steekproef</i>	20
Tabel 2. <i>Kenmerken van de Participanten op T1</i>	21
Tabel 3. <i>Kenmerken van de Participanten op T1(vervolg)</i>	22
Tabel 4. <i>Mate van Depressie in de Volledige Steekproef op T1</i>	22
Tabel 5. <i>Mate van Angst in de Volledige Steekproef op T1</i>	23
Tabel 6. <i>Overzicht van Completers en Drop-Outs</i>	24
Tabel 7. <i>Doelvariabelen voor Completers en Drop-Outs</i>	25
Tabel 8. <i>Correlaties tussen de Doelvariabelen op T1</i>	26
Tabel 9. <i>Resultaten van Gepaarde t-toetsen voor Depressie, Angst, Relationeel Functioneren en Perfectionisme bij Completers voor T1 en T2</i>	31
Tabel 10. <i>Resultaten van Gepaarde t-toetsen voor Depressie, Angst, Relationeel Functioneren en Perfectionisme bij Completers voor T1 en T3</i>	32
Tabel 11. <i>Resultaten van Gepaarde t-toetsen voor Depressie, Angst, Relationeel Functioneren en Perfectionisme bij Completers voor T2 en T3</i>	32

Lijst van Figuren

<i>Figuur 1.</i> Tijdlijn van het onderzoek.....	15
<i>Figuur 2.</i> Totaalscore depressie (PHQ-9) op T1, T2 en T3 bij completers	27
<i>Figuur 3.</i> Totaalscore angst (GAD-7) op T1, T2 en T3 bij completers	28
<i>Figuur 4.</i> Gemiddelde score relationeel functioneren (IIP-32) op T1, T2 en T3 bij completers	29
<i>Figuur 5.</i> Gemiddelde score perfectionisme (VAS) op T1, T2 en T3 bij completers.....	30
<i>Figuur 6.</i> Standaardscore zelfkritiek (DEQ) op T1, T2 en T3 bij completers	31

Inleiding

Deze masterproef richt zich op het onderwerp ‘behandelen van perfectionisme’. Perfectionisme wordt door Sirois en Molnar (2015) omschreven als “het stellen en streven naar extreem hoge en vaak onrealistische standaarden, vergezeld door gedachten gericht op het bereiken van deze standaarden en een zeer kritische zelfevaluatie” (p.1). Een hoge mate van perfectionisme heeft belangrijke implicaties voor de klinische praktijk omdat het een rol speelt in de ontwikkeling en instandhouding van verschillende vormen van psychopathologie zoals depressie, angst en eetstoornissen (Shafran & Mansell, 2001). Verder tonen verscheidene studies aan dat het de behandeling van verschillende psychische stoornissen kan belemmeren. Behandelingen die rechtstreeks gericht zijn op het behandelen van perfectionisme zouden zo ook een positieve impact kunnen hebben op de behandeling van tal van andere stoornissen (Lloyd, Schmidt, Khondoker, & Tchanturia, 2015). Ontwikkelingsgericht Coachen van Perfectionisme (OCP) is een behandeling voor perfectionisme ontwikkeld door dhr. Marcel Hendrickx. In een pilootstudie (Wulleman, 2017) werd reeds de effectiviteit van deze methodiek vastgesteld bij afronding van het OCP-traject. Het doel van deze masterproef is om in een follow-up studie na te gaan of de coachees die een OCP-traject gevolgd hebben de geobserveerde veranderingen in depressie, angst, relationeel functioneren en perfectionisme behouden hebben zes maanden na afronding van het traject.

Om dit te kaderen wordt er gestart met een literatuurstudie. In deze literatuurstudie wordt het concept perfectionisme, de voor dit onderzoek relevante negatieve uitkomsten van perfectionisme en de effectiviteit van reeds bestaande behandelingen voor perfectionisme besproken. Hierop volgt een kort overzicht van de resultaten van de reeds uitgevoerde pilootstudie en de onderzoeksdoelstellingen en hypothesen van dit follow-up onderzoek. In het deel methode worden de procedure en de gebruikte meetinstrumenten besproken. Vervolgens worden in het deel resultaten de onderzoeksresultaten van een *drop-out* analyse en van de huidige studie weergegeven. Ten slotte wordt in het laatste deel een discussie met beperkingen en suggesties voor verder onderzoek en een conclusie besproken.

Literatuurstudie

Perfectionisme

In de bestaande literatuur zien we dat er decennia geleden reeds interesse bestond voor het concept perfectionisme. Vanuit verschillende oriëntaties werd perfectionisme als iets unidimensioneel en pathologisch geconceptualiseerd, waarbij uit angst voor falen ten gevolge van een lage eigenwaarde gestreefd wordt naar het behalen van extreem hoge en vaak onrealistische standaarden (Sirois & Molnar, 2015). Zo werd perfectionisme in onderzoek vaak als een disfunctionele trek opgevat.

Hoewel Burns in 1980 nog beschreef dat individuen met een hoge mate van perfectionisme hun eigenwaarde volledig laten afhangen van hun prestaties (Halgin & Leahy, 1989), werd door Hamacheck in 1978 perfectionisme reeds onderzocht als een multidimensioneel concept met ook functionele effecten. Zo beschreef hij twee types van perfectionisme: normaal perfectionisme en neurotisch perfectionisme. Normaal perfectionisme beschreef hij als het beleven van plezier aan hard werken en het kunnen toelaten om soms minder perfectionistisch te zijn, waarin een adaptieve vorm van perfectionisme met functionele effecten te herkennen is. Personen met neurotisch perfectionisme omschreef hij als individuen die het gevoel hebben dat het nooit goed genoeg is en dus nooit tevreden zijn met hun prestaties (Sirois & Molnar, 2015). Hoewel er vandaag de dag nog steeds aanhangers zijn van de unidimensionele visie op perfectionisme, wordt door de meeste huidige onderzoekers perfectionisme als iets multidimensioneel opgevat.

Veel onderzoekers mogen dan wel eensgezind zijn over perfectionisme als iets multidimensioneel, toch opende deze consensus nieuwe discussies met betrekking tot welke dimensies dan eerder adaptief zouden zijn (Sirois & Molnar, 2015). Zo gaan Frost, Marten, Lahart en Rosenblate (1990) ervan uit dat perfectionisme bestaat uit zes dimensies: hoge normen (PS), organisatie (OR), zorgen maken over fouten (CM), twijfels over acties (DA), kritiek van de ouders (PC) en hoge verwachtingen van de ouders (PE). Vanuit hun visie ontwikkelden ze dan ook een eigen meetinstrument, de *Multidimensional Perfectionism Scale* (MPS-F; Frost et al., 1990) waar hun zes dimensies in werden opgenomen. De PS subschaal staat voor het stellen van hoge standaarden en normen, OR voor netheid en organisatie, CM voor de angst voor negatieve reacties van significante anderen op fouten en de neiging om hun eigenwaarde van hun prestaties te laten afhangen, DA voor het zorgen maken over het goed te doen en PC en PE respectievelijk voor hoe kritisch de ouders zich opstellen en de hoge verwachtingen die ze stellen. Een andere belangrijke onderzoeksgroep, Hewitt en Flett (1991),

maakten dan weer een onderscheid tussen drie vormen van perfectionisme: zelf-georiënteerd perfectionisme, ander-georiënteerd perfectionisme en sociaal-voorgeschreven perfectionisme. Zelf-georiënteerd en ander-georiënteerd perfectionisme staan respectievelijk voor de hoge standaarden die ze zichzelf en anderen opleggen. Sociaal-voorgeschreven perfectionisme staat voor de waargenomen behoefte om te voldoen aan standaarden die door significante anderen zijn voorgeschreven om zo hun goedkeuring te krijgen. Hieruit werd opnieuw een meetinstrument ontwikkeld, namelijk de *Multidimensional Perfectionism Scale* (MPS-HF; Hewitt & Flett, 1991). Hoewel er verschillende modellen met elk hun eigen meetinstrumenten werden ontwikkeld, wordt er in verschillende studies evidentie gevonden voor de extrapolatie van twee hogere orde dimensies: het stellen van hoge standaarden/doelen en een strenge zelfkritiek (Sirois & Molnar, 2015).

Een van de meest dominante theorieën rond perfectionisme, en waar in deze studie op gefocust wordt, is die van Sidney J. Blatt. Vanuit een psychodynamisch perspectief wordt zelfkritisch perfectionisme door Blatt geconceptualiseerd als een persoonlijkheidsstijl gekenmerkt door het stellen van hoge standaarden en uiterst strenge zelfevaluaties. Naar zijn model over persoonlijkheidsontwikkeling is dan ook veel onderzoek gedaan (Blatt, 1974, 1995, 2004; Blatt & Homann, 1992; Blatt & Schichman, 1983; Luyten & Blatt, 2013). Binnen zijn visie bestaan er namelijk twee fundamentele lijnen van persoonlijkheidsontwikkeling: gehechtheid en zelfdefinitie. De ontwikkelingslijn gehechtheid verwijst naar de capaciteit om volwassen, wederkerige, betekenisvolle en persoonlijk bevredigende interpersoonlijke relaties te kunnen aangaan en behouden, ook wel omschreven als de anaclitische lijn (Luyten & Blatt, 2013). De ontwikkelingslijn zelfdefinitie verwijst naar de capaciteit om een realistisch en gedifferentieerd zelf en een positief zelfconcept op te bouwen en te behouden, in literatuur ook beschreven als de introjectieve lijn (Luyten & Blatt, 2013). Bij adaptieve persoonlijkheidsontwikkeling ontwikkelen deze twee lijnen zich als evenwaardig waarbij ze elkaar versterken in positieve zin. Indien er te veel nadruk wordt gelegd op één ontwikkelingslijn gaat dit ten koste van de ontwikkeling van de andere. Dat kan negatieve gevolgen hebben zoals een te sterk afhankelijke persoonlijkheidsoriëntatie (te veel nadruk op gehechtheid) of een perfectionistische/zelfkritische persoonlijkheidsoriëntatie (te veel nadruk op zelfdefinitie), die beiden als maladaptief beschouwd kunnen worden omdat het kwetsbaarheidsfactoren zijn voor verschillende vormen van psychopathologie (Blatt, 1974, 2004; Blatt & Shichman, 1983). Zo wordt er in literatuur de anaclitische cluster van psychische stoornissen beschreven, zoals een borderline persoonlijkheidsstoornis en een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis, met een te grote focus op de ontwikkelingslijn die gehechtheid

representeert. Een obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis en een narcistische persoonlijkheidsstoornis zijn dan weer twee voorbeelden van introjectieve stoornissen waar individuen een te sterke nadruk op zelfdefinitie leggen (Blatt & Luyten, 2009).

Zelfkritisch perfectionisme kan vanuit de theorie van Blatt ook gezien worden als een belangrijke factor om de hoge comorbiditeit tussen stoornissen te verklaren. Zo zullen stoornissen met een introjectieve configuratie een hoge comorbiditeit tonen wegens een gedeelde focus op zelfdefinitie en autonomie, waaruit moeilijkheden met autonomie, controle en eigenwaarde kunnen ontstaan (Blatt & Luyten, 2009). Stoornissen met een anaclitische configuratie zullen op hun beurt ook een hoge comorbiditeit vertonen wegens hun gedeelde focus op gehechtheid, wat voor problemen met interpersoonlijke relaties, vertrouwen en intimiteit kan zorgen (Blatt & Luyten, 2009).

Belangrijk in deze studie is de perfectionistische/zelfkritische persoonlijkheidsoriëntatie met een te sterke nadruk op zelfdefinitie. Deze individuen pogen aan hoge normen en standaarden te voldoen om zo goedkeuring en lof te krijgen. Ze ontwikkelen op die manier een kwetsbaarheid voor onder andere depressie omdat zij ernstige minderwaardigheidsgevoelens kunnen ervaren bij falen (Blatt, 1974). Individen met een zelfkritische persoonlijkheidsoriëntatie worden vaak gekenmerkt door een verleden waar ze moesten voldoen aan hoge eisen gesteld door hun strikte ouders in ruil voor liefde, versterkt door hun onzekerheid (Hollender, 1965). Indien zij niet aan de hoge eisen konden voldoen werden zij bekritiseerd door hun ouders met als gevolg de ontwikkeling van een zelfkritische persoonlijkheidsoriëntatie die gekenmerkt wordt door een focus op het stellen van hoge persoonlijke standaarden en een strenge zelfevaluatie (Blatt & Homann, 1992). Deze individuen gaan met andere woorden de kritische houding en hoge eisen van hun ouders internaliseren. In het huidige onderzoek wordt uitgegaan van de visie van Blatt op perfectionisme en er wordt in deze studie dan ook gebruik gemaakt van zijn meetinstrument, de *Depressive Experiences Questionnaire* (DEQ; Blatt, D'Afflitti, & Quinlan, 1976) (zie verder).

Perfectionisme en Negatieve Uitkomsten

Naast de associatie die perfectionisme heeft met tevredenheid over het leven, een positieve stemming en algemeen welzijn (Hill, Huelsman, & Araujo, 2010), wordt perfectionisme in onderzoek vaker geassocieerd met verschillende negatieve uitkomsten zoals gevoelens van schuld en een mislukking te zijn, schaamte en een lage eigenwaarde. Deze maladaptieve zelfkritische persoonlijkheidsoriëntatie, het zelfkritisch perfectionisme, kan zoals gezegd opgevat worden als een transdiagnostische kwetsbaarheidsfactor omdat het een rol kan spelen

bij de ontwikkeling en instandhouding van verschillende ernstige vormen van psychopathologie zoals depressie, eetstoornissen, angststoornissen, obsessieve-compulsieve stoornissen, paniekstoornissen, psychosomatische stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen (Shafran & Mansell, 2001; Blatt, 1995). Wegens de focus in deze studie op de relatie met depressie, angst en relationeel functioneren worden mechanismen die in deze relaties een rol spelen verder besproken.

Perfectionisme en Depressie. In onderzoek bestaat er de algemene consensus dat verschillende dimensies van perfectionisme een rol spelen in de ontwikkeling van depressieve symptomen (Dunkley, Blankstein, Zuroff, Lecce, & Hui, 2006; Flett, Besser, Hewitt, & Davis, 2007). Indien vanuit de theorie van Blatt naar depressie wordt gekeken, kunnen twee vormen van depressie onderscheiden worden: anaclitische depressie en introjectieve depressie (Blatt, 1974). Bij individuen met een te sterke focus op de ontwikkelingslijn die gehechtheid representeert (anacitische persoonlijkheidsdimensie) zal er bij de ontwikkeling van een depressie eerder een anaclitische depressie tot stand komen. Deze wordt gekenmerkt door gevoelens van hulpeloosheid, zwakte en uitputting, vergezeld van verlatingsangst. Een introjectieve depressie zal eerder ontwikkeld worden bij individuen met een nadruk op autonomie en zelfdefinitie (introjectieve persoonlijkheidsdimensie). In tegenstelling tot de anaclitische depressie wordt de introjectieve depressie gekenmerkt door gevoelens van waardeloosheid, schuld en falen omdat er niet aan de verwachtingen kan voldaan worden, dit vergezeld van angst om waardering en liefde van significante anderen niet te ontvangen (Blatt, 1974). Verschillende mechanismen spelen een rol in de relatie tussen perfectionisme en depressie.

Een eerste mechanisme dat verduidelijking kan bieden over deze relatie is enerzijds *worry* (zich zorgen maken) en anderzijds ruminatie (Flett, Nepon, & Hewitt, 2015). Beide vormen van cognitieve perseveratie kunnen een negatieve impact hebben op prestaties en depressieve gevoelens verergeren (Nolen-Hoeksema, 1991). Reeds in 1990 werd door Meyer, Miller, Metzger en Borkovec de relatie tussen perfectionisme en *worry* vastgesteld door de positieve correlatie tussen de *Burns Perfectionism Scale* (Burns, 1980) en de *Penn State Worry Questionnaire* (PSWQ; Meyer et al., 1990) (Flett et al., 2015). Meer duidelijkheid over de relatie tussen perfectionisme en cognitieve perseveratie zoals *worry* kan gevonden worden in een onderzoek van Borkovec, Alcaine en Behar (2004). Zij stellen immers dat individuen met een hoge mate van perfectionisme *worry* als een adaptieve manier toepassen om zichzelf voor te bereiden op negatieve emoties (Flett et al., 2015).

In een onderzoek van Ciesla en Roberts (2007) werd de mediërende rol van ruminatie

tussen perfectionisme en depressie aangetoond aan de hand van scores op de *Dysfunctional Attitudes Scale* (DAS; Weissman & Beck, 1978), de *Beck Depression Inventory, Second Edition* (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996) en de ruminatieschaal van de *Response Styles Questionnaire* (RSQ; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991) (Flett et al., 2015). Ruminatie wordt door Nolen-Hoeksema (2000) gedefinieerd als “het herhaaldelijk nadenken over negatieve emoties met een focus op de stress die ervaren wordt en het zorgen maken over de betekenis van die stress” (p.504). Verder zal ruminatie eerder voorkomen wanneer individuen zich gefrustreerd voelen bij het niet in staat zijn van het behalen van voor hen belangrijke doelen, of wanneer ze het gevoel hebben dat perfectie niet bereikt zal worden (Flett, Hewitt, Blankstein, & Gray, 1998), twee aspecten die bij individuen met een hoge mate van perfectionisme zeer kenmerkend zijn.

Een tweede mechanisme dat een belangrijke rol speelt in de relatie tussen perfectionisme en depressie is stress (Dunkley, Solomon-Krakus, & Moroz, 2015). Het ervaren van stress heeft grote negatieve gevolgen voor iemands welzijn omdat het naast met de ontwikkeling van een depressie ook geassocieerd wordt met angststoornissen en verschillende ernstige fysieke gezondheidsproblemen. Bij individuen met een hoge mate van perfectionisme heeft het perfectionisme een negatieve impact op stress waardoor de kwetsbaarheid voor psychische stoornissen, waaronder depressie, vergroot wordt. De negatieve impact van perfectionisme op stress kan verklaard worden de neiging te focussen op negatieve aspecten waarbij zelfs alledaagse stressoren als bedreigend opgevat worden. Ook ervaren deze individuen meer moeilijkheden met interpersoonlijk functioneren waardoor er in hun leven meer sprake is van negatieve sociale interacties en minder sociale steun, wat stress verhoogt (Dunkley et al., 2015). Op de relatie tussen perfectionisme en interpersoonlijk functioneren zelf wordt verder in deze literatuurstudie nog dieper ingegaan.

Verder hebben deze individuen meer de neiging om maladaptieve coping stijlen, zoals een vermijdende coping, te hanteren bij het omgaan met stress. Hierdoor wordt er met stressoren niet op een adequate manier omgegaan wat een negatieve impact heeft op de ernst en de duur van stress, wat kan resulteren in de ontwikkeling van depressieve symptomen (Carver & Connor-Smith, 2010; Dunkley et al., 2015).

Een laatste mechanisme waar in deze literatuurstudie dieper op wordt ingegaan is het gevoel van eigenwaarde. De relatie tussen perfectionisme en depressie wordt immers ook gemedieerd door het gevoel van eigenwaarde (Rice, Ashby, & Slaney, 1998) en vanuit onderzoek is er evidentie dat een lage eigenwaarde positief geassocieerd is met depressie (Fennell, 1997). Individuen met een hoge mate van perfectionisme hebben de neiging hun

eigenwaarde te laten afhangen van hun prestaties (Shafran & Mansell, 2001). Indien hun vooropgestelde standaarden niet bereikt worden, brengt dit gevoelens van falen en mislukking met zich mee, wat een negatieve impact heeft op hun gevoel van eigenwaarde.

Perfectionisme en Angst. Naast de relatie tussen perfectionisme en depressie is in literatuur ook veel evidentie te vinden voor de relatie tussen perfectionisme en angst. Onderzoek stelt dat individuen die depressieve klachten ervaren eigenlijk een meer algemene vorm van negatief affect ondervinden waaronder verschillende negatieve emoties zoals angst. Omdat perfectionisme geassocieerd wordt met depressie zou het dus ook geassocieerd moeten worden met angst (Flett, Hewitt, & Dyck, 1989).

Individuen met een hoge mate van perfectionisme worden onder andere gekenmerkt door een enorm kritische evaluatieve stijl die als maladaptief beschouwd kan worden omdat het een dimensie van perfectionisme beschrijft met betrekking tot angst voor falen en negatieve evaluatie (Hamachek, 1978). Zoals hoger beschreven worden individuen met een perfectionistische/zelfkritische persoonlijkheidsoriëntatie gekenmerkt door een te sterke focus op de ontwikkelingslijn die autonomie en zelfdefinitie representeert waardoor een preoccupatie met de kans om te falen ontstaat. Dit wordt ondersteund door onderzoek dat aantoont dat wanneer de evaluatieve component van een taak benadrukt wordt, individuen met een hoge mate van perfectionisme meer negatieve emoties, bijvoorbeeld angst, ervaren (Frost & Marten, 1990). In literatuur is er evidentie te vinden dat perfectionisme positief geassocieerd is met verschillende stoornissen waarin angst een belangrijke component is, zoals sociale angst en obsessieve-compulsieve stoornis (Burgess & DiBartolo, 2015). Verder heeft zelfkritisch perfectionisme ook een positieve relatie met de algemene *trait anxiety* (de algemene tendens om angst te ervaren) en *state anxiety* (een voorbijgaand gevoel van negatieve arousal) (Burgess & DiBartolo, 2015). Het huidige onderzoek focust zich vooral op de *trait anxiety* waardoor het interessant is om in bestaande literatuur te kijken welke mechanismen een rol spelen in de relatie met perfectionisme.

Ten eerste spelen stress en emotieregulatie hier een rol (Burgess & DiBartolo, 2015). Een verklaring voor deze relatie kan gevonden worden in de *theory of cognitive appraisal* van Lazarus en Folkman (1984). Individuen met een hoge mate van perfectionisme zijn over het algemeen meer geneigd situaties als heel belangrijk voor hun welzijn te interpreteren, wat de kans op een intense emotionele respons vergroot (*primary appraisal*). Verder ervaren ze meer stress door hun gebrek aan zelfeffectiviteit (*secondary appraisal*) waardoor perfectionisme op deze manier voor een kwetsbaarheid voor angstsymptomen zorgt (Burgess & DiBartolo, 2015). Individuen met een hoge mate van perfectionisme hebben ook minder de neiging om aandacht

te geven aan het vergroten van hun veerkracht en ervaren zo meer moeilijkheden met het omgaan met stress (Neenan, 2009; Burgess & DiBartolo, 2015). Barlow (2000) stelt ten slotte dat het gebruik van maladaptieve coping stijlen, zoals vermijding van situaties (cf. supra), angst voor gelijkaardige situaties op termijn kan doen toenemen (Burgess & DiBartolo, 2015).

Ten tweede zijn bepaalde cognitieve mechanismen belangrijk in de relatie tussen perfectionisme en angst. Zo werd door Barlow (2000) een model ontwikkeld over de ontwikkeling van angst met als essentie de gedachte dat toekomstige gebeurtenissen onvoorspelbaar, oncontroleerbaar en potentieel gevaarlijk zijn. Cognitieve biases, onder andere geheugenbias en focus op de bedreiging, kunnen een negatieve impact hebben op adaptieve coping met angst als gevolg. Hewitt en Flett (2000) herkennen gelijkaardige cognitieve kenmerken bij individuen met een hoge mate van perfectionisme, door Pirbaglou et al. (2013) omschreven als perfectionistische cognities. Deze individuen hebben meer de neiging over mislukkingen die ze in het verleden ervaren hebben te piekeren (cf. supra geheugenbias) wat interfereert met een adaptieve coping en een toename van angst als gevolg (Burgess & DiBartolo, 2015).

Perfectionisme en Relatieve Functioneren. Omdat interpersoonlijke relaties een belangrijk deel van ons leven uitmaken en hierbij van groot belang zijn voor ons welzijn, wordt er naast de relatie met depressie en angst in het huidige onderzoek ook aandacht besteed aan de relatie tussen perfectionisme en relationeel functioneren. Sommige persoonlijkheidstrekken, waaronder perfectionisme, belemmeren individuen namelijk om stabiele, positieve en bevredigende relaties aan te gaan en te behouden (Sherry, Mackinnon, & Gautreau, 2015). In een onderzoek van Flett, Hewitt, Garshowitz en Martin (1997) werd aan de hand van de *Inventory of Negative Social Interactions* (INSI; Lakey, Tardiff, & Drew, 1994) vastgesteld dat perfectionisme als persoonlijkheidstrekk positief geassocieerd is met het waargenomen niveau van negatieve sociale relaties.

Eerder kwam reeds de preoccupatie met één ontwikkelingslijn, namelijk zelfdefinitie, aan bod die resulteert in een perfectionistische/zelfkritische persoonlijkheidsoriëntatie. Door de nadruk op deze ontwikkelingslijn wordt er aan de andere ontwikkelingslijn, gehechtheid, die verwijst naar de capaciteit om wederkerige, betekenisvolle en persoonlijk bevredigende interpersoonlijke relaties te kunnen aangaan en behouden, te weinig aandacht besteed waardoor deze individuen meer moeilijkheden met interpersoonlijk functioneren ervaren (Luyten & Blatt, 2013).

Reeds hoger werd beschreven dat individuen met een hoge mate van perfectionisme de overtuiging hebben dat liefde en acceptatie afhankelijk is van het behalen van hun

vooropgestelde standaarden. Bij het niet kunnen voldoen aan zo'n standaard of bij waargenomen kritiek, kan er vijandig en afwijzend interpersoonlijk gedrag gesteld worden (Sherry et al., 2015). Individuen met een hoge mate van perfectionisme rapporteren bijgevolg ook vaker gevoelens van sociale isolatie (Molnar, Sirois, & Methot-Jones, 2015).

Een model belangrijk voor de relatie tussen perfectionisme en negatieve uitkomsten is het *Social Disconnection Model* (SDM; Hewitt, Flett, Sherry, & Caelian, 2006) (Burgess & DiBartolo, 2015). Hoewel dit model oorspronkelijk stelt dat perfectionisme een kwetsbaarheidsfactor is voor suïcidaal gedrag, geeft het ook verduidelijking over de relatie tussen perfectionisme en vormen van psychopathologie. In deze relatie spelen mechanismen te maken met interpersoonlijk functioneren zoals negatief sociaal gedrag (bijvoorbeeld conflictueuze interacties), cognities (bijvoorbeeld meer de neiging hebben om anderen als een teleurstelling te zien) en negatieve uitkomsten (bijvoorbeeld stukgelopen partnerrelaties) een prominente rol. Het SDM maakt zo ook het belang van het behandelen van perfectionisme duidelijk omdat het de negatieve impact van perfectionisme op relationeel functioneren verduidelijkt en het daarbij de ontwikkeling van depressie, angst, een slechtere fysieke gezondheid en *binge eating* (Burgess & DiBartolo, 2015).

Behandelen van Perfectionisme

Perfectionisme speelt een belangrijke rol bij de aanvang, ernst en instandhouding van verschillende vormen van psychopathologie zoals eetstoornissen, angststoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en depressie (Shafran & Mansell, 2001). Zo heeft een hoge mate van perfectionisme een negatieve impact op de behandeling van deze en nog vele andere stoornissen, wat behandelingen rechtstreeks gericht op het veranderen van het perfectionismepatroon zeer relevant voor de klinische praktijk maken. Bijgevolg kan perfectionisme gezien worden als een transdiagnostisch proces omdat het behandelen van perfectionisme zelf niet enkel de mate van perfectionisme zal verminderen, maar ook symptomen van andere stoornissen (Egan, Wade, & Shafran, 2011). Hoger werd reeds beschreven hoe een perfectionistische/zelfkritische persoonlijkheidsoriëntatie een rol speelt in de comorbiditeit van stoornissen. Uit onderzoek is geweten dat het voor zorgverleners vaak een grote uitdaging is om individuen met een hoog niveau van comorbiditeit succesvol te behandelen. Het rechtstreeks behandelen van perfectionisme zou hier een mogelijke oplossing kunnen bieden (Bieling, Summerfeldt, Israeli, & Antony, 2004).

Verder voorspelt een hogere mate van perfectionisme een slechtere therapeutische uitkomst (Blatt, Quinlan, Pilkonis, & Shea, 1995). Zuroff et al. (2000) stelden vast dat de mate

van perfectionisme significant negatief samenhangt met de bijdrage van de patiënt aan de therapeutische relatie en dit vooral naar het einde van het therapeutisch proces toe. De negatieve impact van perfectionisme op de uitkomst van behandelingen wordt zo gemedieerd door het niet in staat zijn van het ontwikkelen van een goede therapeutische relatie. Een andere mogelijkheid is dat individuen met een hoge mate van perfectionisme rigide zijn in hun overtuigingen. Dit kan het herstelproces, dat vaak bestaat uit het veranderen van overtuigingen, in de weg staan (Shafran & Mansell, 2001). Tevens kunnen ook de onrealistische normen en coping doelen die individuen met een hoge mate van perfectionisme stellen het therapeutisch proces in de weg staan. Verder kan het hebben van een perfectionismepatroon een negatieve invloed hebben op sociale steun en kan het bijdragen tot moeilijkheden in interpersoonlijk functioneren (Jacobs et al., 2009), aspecten die het herstelproces niet bevorderen.

Het belang van de behandeling van perfectionisme werd door meerdere onderzoekers erkend. Zo werd in een meta-analyse door Lloyd et al. (2015) bestaande evidentie voor zowel individuele psychologische interventies als interventies in groep, zelfhulp en *web-based* interventies om perfectionisme te behandelen samengevat. In de meta-analyse werd aangetoond dat het mogelijk was om perfectionisme significant te doen dalen bij volwassenen. Ook werd hier ondersteuning voor de transdiagnostische aard van perfectionisme gevonden aangezien dat de behandeling van perfectionisme bij patiënten met een psychische stoornis ook de symptomen van deze stoornis deed verminderen. Het effect van behandelingen die gericht zijn op perfectionisme wordt vervolgens aan de hand van enkele onderzoeken geïllustreerd.

Het onderzoek van Riley, Lee, Cooper, Fairburn en Shafran (2007) is een gecontroleerd gerandomiseerd onderzoek (RCT) ($N = 20$), met 10 participanten die individuele cognitieve gedragstherapie (CGT) kregen en 10 participanten die in een wachtlijst controleconditie terechtkwamen. De CGT bestond uit 10 sessies van 50 minuten verspreid over acht weken. De eerste drie weken volgden de participanten twee maal per week een sessie, de tweede drie weken één maal per week en ten slotte twee weken later een laatste sessie. In de behandeling conditie werden grote effectgroottes gevonden voor klinisch perfectionisme gemeten volgens de *Clinical Perfectionism Examination* (CPE; Riley et al., in druk) ($d = 1.83$) en volgens de *Clinical Perfectionism Questionnaire* (CPQ; Fairburn, Cooper, & Shafran, in druk) ($d = 1.31$). In een follow-up onderzoek werd vastgesteld dat deze effecten behouden bleven tot vier maanden na afronding van de psychotherapie.

Ondersteuning voor de effectiviteit van CGT voor het behandelen van perfectionisme kan gevonden worden in een studie van Egan et al. (2014). Deze studie onderzocht de effectiviteit van een behandeling bij 18 participanten die acht weken één maal per week een

sessie van één uur volgden. De controlegroep bestond uit 34 participanten waarvan 18 in een wachtlijst controleconditie en 16 in een online zelfhulp controleconditie. De participanten in de online zelfhulp conditie kregen wekelijks een e-mail met hoofdstukken uit boeken die inhoudelijk overeenkwamen met wat er die week in de *face-à-face* sessie van de CGT conditie aan bod was gekomen. In de CGT conditie werden medium tot grote effectgroottes gevonden voor Bezorgdheid over het Maken van Fouten ($d = 1.23$) en Persoonlijke Standaarden ($d = .77$), twee schalen van de *Frost Multidimensional Perfectionism Scale* (MPS-F; Frost et al., 1990). Verder werden er grote effectgroottes vastgesteld voor de subschaal Zelfkritiek ($d = 1.02$) van de *Dysfunctional Attitude Scale* (DAS; Weissman & Beck, 1978). Voor depressie en angst, gemeten aan de hand van de *Depression Anxiety and Stress Scale* (DASS-21; P.F. Lovibond & S.H. Lovibond, 1995) werd een effectgrootte van $d = .89$ gevonden. In een follow-up onderzoek werd vastgesteld dat deze effecten zes maanden na afronding van de psychotherapie bovendien groter waren geworden: Bezorgdheid over het Maken van Fouten ($d = 2.11$), Persoonlijke Standaarden ($d = 1.77$), Zelfkritiek ($d = 2.20$) en depressie en angst ($d = 1.16$). De online zelfhulp conditie vertoonde lagere effectgroottes dan de *face-à-face* conditie: een effectgrootte van $d = .84$ voor de schaal Bezorgdheid over het Maken van Fouten en een effectgrootte van $d = .58$ voor de subschaal Zelfkritiek van de DAS (Weissman & Beck, 1978). Evidentie voor de werking van een *web-based* CGT kan ook gevonden worden in het onderzoek van Arpin-Cribbie, Irvine, & Ritvo (2012) waar de steekproef bestond uit 77 participanten verdeeld over drie condities (29 participanten kregen een *web-based* CGT, 26 kregen een *web-based* algemene stressmanagement training en 22 kregen geen interventie). Aan de hand van een RCT onderzoek werden significante verschillen gevonden op de schalen Bezorgdheid over het Maken van Fouten (MPS-F; Frost et al., 1990) en Zelf-Georiënteerd Perfectionisme, Ander-Georiënteerd Perfectionisme en Sociaal-Voorgescreven Perfectionisme (MPS-HF; Hewitt & Flett, 1991). Verder werden er significante verschillen gevonden op de *Perfectionism Cognitions Inventory* (PCI; Flett, Hewitt, Blankstein, & Gray, 1998), die automatische perfectionistische gedachten meet en op de schaal Discrepantie van de *Almost Perfect Scale-Revised* (APS-R; Slaney, Rice, Mobley, Trippi, & Ashby, 2001), die de kloof meet tussen de gestelde standaarden en het waargenomen niveau van deze te bereiken.

Naast de effectiviteit van individuele CGT en *web-based* interventies is er ook evidentie te vinden voor de effectiviteit van een psychodynamische/interpersoonlijke (PI) groepstherapie, onderzocht door Hewitt et al. (2015). In tegenstelling tot therapievormen waarbij men zich direct richt tot het verminderen van perfectionistisch gedrag is deze therapievorm gericht op de interpersoonlijke impact en onderliggende relationele dynamieken van perfectionisme. De

steekproef in hun onderzoek bevatte 71 participanten waarvan 53 in de behandeling conditie en 18 in de wachtlijst controleconditie. Bij de participanten in de behandeling conditie werden voor de schalen Zelfkrisch Perfectionisme en Ander-Georiënteerd Perfectionisme (MPS-HF; Hewitt & Flett, 1991) grote effectgroottes gevonden en voor de schaal Sociaal-Voorgescreven Perfectionisme (MPS-HF; Hewitt & Flett, 1991) een medium effectgrootte. Ten slotte werd er voor perfectionisme, gemeten aan de hand van de *Perfectionistic Self-Presentation Scale* (PSPS; Hewitt et al., 2003) en de PCI (Flett et al., 1998), ook grote effectgroottes vastgesteld. Verder was er ook een daling in depressieve klachten, gemeten aan de hand van *Beck Depression Inventory* (BDI; Beck & Steer, 1978) en een daling in problemen met relationeel functioneren, gemeten aan de hand van de *Inventory of Interpersonal Problems* (IIP; Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureño, & Villaseñor, 1988).

De opvatting van perfectionisme als transdiagnostisch proces wordt hier ondersteund doordat deze interventies vaak ook een positief effect hadden op andere klachten, zoals depressie en angst, en gunstig waren voor het relationeel functioneren van de individuen. In de hoger besproken studies waar ook een follow-up onderzoek werd uitgevoerd zijn de positieve effecten van kortdurende interventies blijvend en is er soms zelfs sprake van een verdere verandering in adaptieve richting.

Onderzoeksdoelstellingen en Hypothesen

De huidige studie rapporteert de follow-up bevindingen van een pilootstudie. Het pilootonderzoek (Wulleman, 2017) dat de effectiviteit van de OCP-methodiek onderzocht bij participanten die de vragenlijsten op beide meetmomenten, dus zowel bij de aanvang van het OCP-traject (T1) als bij de afronding van het OCP-traject (T2) hebben ingevuld (= *completers*) toonde een significant verschil tussen de gemiddelde mate van depressie op T1 en de gemiddelde mate van depressie op T2 ($t(27) = 8.80, p \leq .001, d = 2.21, 95\% \text{ BI } [1.35, 3.07]$). Daarnaast werd een significant verschil vastgesteld tussen de gemiddelde mate van angst op T1 en de gemiddelde mate van angst op T2 ($t(30) = 8.24, p \leq .001, d = 1.84, 95\% \text{ BI } [.95, 2.73]$). Verder werd een significant verschil gevonden tussen de gemiddelde mate van problemen met relationeel functioneren tussen T1 en T2 ($t(31) = 7.14, p \leq .001, d = 1.36, 95 \text{ BI } [1.25, 1.47]$). Ten slotte werd een significant verschil gevonden door een meting aan de hand van de Visueel Analoge Schaal voor perfectionisme tussen de gemiddelde mate van perfectionisme op T1 en de gemiddelde mate van perfectionisme op T2 ($t(32) = 11.79, p \leq .001, d = 2.70, 95\% \text{ BI } [2.36, 3.05]$). Deze resultaten werden ondersteund door de scores op de schaal Zelfkritiek van de *Depressive Experiences Questionnaire* (DEQ; Blatt, D'Afflitti, & Quinlan, 1976) ($t(32) = 11.24, p \leq .001, d = 2.03, 95\% \text{ BI } [1.85, 2.21]$).

In het huidige onderzoek wordt nagegaan of de coachees de geobserveerde veranderingen na het einde van het coachingtraject in depressie, angst, relationeel functioneren en perfectionisme zes maanden na afronden van het traject behouden hebben. Gezien de focus van OCP op het teweegbrengen van stabiele veranderingen in denken, voelen en handelen, wordt verwacht dat de geobserveerde dalingen in depressie, angst, moeilijkheden met relationeel functioneren en perfectionisme behouden blijven en mogelijk zelfs verder toenemen.

Methodie

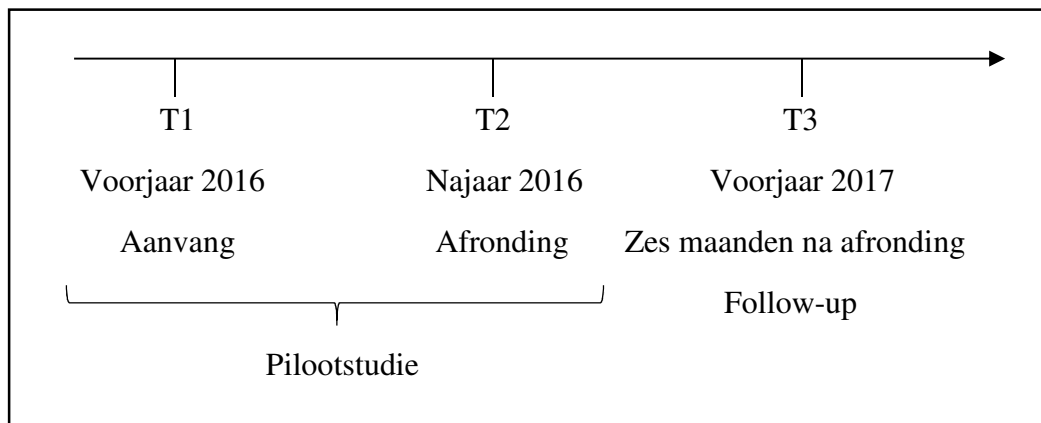
Procedure

Het onderzoeksvorstel werd goedgekeurd door de ethische commissie SMEC. Personen met een hulpvraag in verband met een perfectionistisch gedragspatroon konden zich aanbieden bij coaches gecertificeerd in de OCP-methodiek. In het kader van de pilootstudie werd tijdens een intake gesprek de OCP-methodiek toegelicht en werd aan deze personen door hun begeleidende coach de mogelijkheid voorgesteld om deel te nemen aan het onderzoek. Indien de persoon instemde met zijn deelname aan het onderzoek werd een formulier geïnformeerde toestemming voorgelegd ter ondertekening en een eerste vragenlijstbundel meegegeven. De doelgroep waarop het onderzoek gericht was bestond uit volwassenen (18 jaar of ouder) met een hulpvraag in verband met een perfectionistisch gedragspatroon. Verdere inclusiecriteria waren voldoende intelligentie hebben om met de methodiek aan de slag te gaan, geen duidelijke fysieke gezondheidsproblemen hebben en voldoende energie hebben om de methodiek te doorlopen. De participanten moesten ook over voldoende motivatie beschikken om aan het perfectionismepatroon iets te veranderen en om aan het OCP-traject traject deel te nemen. Ten slotte moesten de participanten Nederlandstalig zijn. Participanten werden geëxcludeerd bij een gekende diagnose van ernstige psychiatrische stoornissen zoals bipolaire stoornis en schizofrenie, bij de aanwezigheid van acute waanbeelden en wanneer de participant psychoactieve stoffen nam.

Op T1, bij de start van het traject, hebben 62 participanten de vragenlijstbundel ingevuld. Bij het einde van het OCP-traject (T2) werd een tweede vragenlijstbundel meegegeven, identiek aan de vragenlijstbundel bij aanvang van het traject, zodat de twee meetmomenten met elkaar vergeleken konden worden. Op T2 werd de vragenlijstbundel door 33 participanten ingevuld terugbezorgd.

In het kader van dit follow-up onderzoek werd ongeveer zes maanden na afronding van het traject (T3) een derde vragenlijstbundel bezorgd aan de participanten waar gegevens van T1 beschikbaar van waren. Deze vragenlijstbundel bevatte dezelfde vragen als de vragenlijstbundels voor T1 en T2, met toevoeging van vragen in verband met behandelingen van de participanten na het coachingstraject en met verwijdering van drie zelfrapportage vragenlijsten, namelijk de Utrechtse Bevlogenheidsvragenlijst (UBES; Schaufeli, Salanova, González-Romá, & Bakker, 2002), de Utrechtse Burn-out schaal Algemeen (UBOS-A; Schaufeli en Van Dierendonck, 2000) en de *Short Inventory to Monitor Psychological Hazards* (SIMPH; Notelaers, De Witte, Van Veldhoven, & Vermunt, 2007) wegens de focus op

depressie, angst, relationeel functioneren en perfectionisme in het follow-up onderzoek en om de tijd nodig om de vragenlijstbundel in te vullen te beperken. Uiteindelijk werd de vragenlijstbundel naar 51 participanten uitgestuurd per post omdat zeven participanten aangaven de vragenlijst niet te willen ontvangen, twee participanten een andere vorm van hulpverlening waren gestart tijdens het OCP-traject, één participant was opgenomen in de psychiatrie en van één participant gaf de OCP-coach aan dat deze slechts één sessie gevolgd had. Indien na vier weken de vragenlijstbundel nog niet ontvangen werd, werd een reminder per e-mail uitgestuurd en dit opnieuw drie weken later. Op T3 hebben uiteindelijk 33 participanten de vragenlijstbundel ingevuld. Ter verduidelijking toont Figuur 1 een tijdlijn van het volledige onderzoek.



Figuur 1. Tijdlijn van het onderzoek.

Interventie

‘Ontwikkelingsgericht Coachen van Perfectionisme’, ofwel OCP, is een manier van coachen ontwikkeld door dhr. Marcel Hendrickx om individuen hun perfectionismepatroon te veranderen. Het coachingstraject bestaat uit een aantal stappen die een specifieke volgorde hebben en die bij de aanvang van het traject in de agenda gepland worden. Het traject bestaat uit het doorlopen van gemiddeld zeven sessies gedurende ongeveer drie maanden (Hendrickx, 2017).

De OCP-methodiek werkt vanuit het idee dat individuen bestaan uit verschillende ‘sturende’ delen die onze verlangens, competenties en gedrag mee bepalen. De OCP-methodiek focust op een specifiek patroon van denken, doen en handelen dat gelinkt is aan perfectionisme. Aan de hand van de OCP-methodiek wordt er geprobeerd om het perfectionismepatroon te laten samenwerken met wat metaforisch het ‘vrije kind’ kan worden omschreven. Dit ‘vrije kind’ is

reeds sinds onze geboorte aanwezig en zorgt ervoor dat we open en ongedwongen in het leven staan. Bij het ontstaan van het perfectionismepatroon wordt het ‘vrije kind’ in ons als het ware weggeduwd en ontstaat er een ‘vals zelf’ in de plaats dat beantwoordt aan de verwachtingen van zijn omgeving. Misseldine (1963) beschreef dat perfectionisme ontwikkeld wordt bij kinderen die goedkeuring, acceptie en affectie nodig hebben van ouders die niet gemakkelijk tevreden zijn. Deze kinderen hebben het gevoel enkel geaccepteerd te worden als ze het ‘beter doen’.

Binnen de OCP-methodiek wordt er contact gemaakt met beide delen, zowel met het perfectionismepatroon als met het ‘vrije kind’, waardoor de individuen deze delen leren kennen en waarderen en zo tot een samenwerking tussen beiden kunnen komen wat voor harmonie en rust zorgt. De samenwerking van deze delen leidt tot een nieuw constructief patroon, namelijk de ‘vrije volwassene’, die ervaart de vrijheid zichzelf als authentieke volwassene te zijn (Hendrickx, 2017).

Meetinstrumenten

Aangezien huidig onderzoek focust op depressie, angst, relationeel functioneren en perfectionisme werd aan de participanten gevraagd vijf zelfrapportage vragenlijsten in te vullen: de *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9; Spitzer, Kroenke, Williams, & Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group, 1999), de *Generalized Anxiety Disorder Questionnaire* (GAD-7; Spitzer, Kroenke, Williams, & Löwe, 2006), de *Inventory of Interpersonal Problems* (IIP-32; Barkham, Hardy, & Startup, 1996), de *Depressive Experience Questionnaire* (DEQ; Blatt et al., 1976) en de Visueel Analoge Schaal voor perfectionisme (VAS).

Patient Health Questionnaire. Om depressieve klachten in kaart te brengen werd een Nederlandse vertaling gebruikt van de *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9; Spitzer et al., 1999). De Nederlandstalige versie van de PHQ-9 (Spitzer et al., 1999) is een zelfrapportage vragenlijst die bestaat uit negen items die peilen naar depressieve klachten. De participanten beoordelen de negen items van de vragenlijst aan de hand van een vier-puntenschaal. Een voorbeeld van zo een item is “Hoe vaak heeft u in de afgelopen week last gehad van weinig interesse of plezier in activiteiten”, waarbij nul gelijk staat aan “Helemaal niet” en drie gelijk staat aan “Bijna elke dag”. Een hogere score duidt op meer depressieve klachten. Daarnaast peilt een extra vraag naar de mate waarin de persoon vindt dat de problemen die hij aangaf het moeilijk maakten om het werk of taken in en om het huis te doen of om met andere personen om te gaan. Dit kon worden aangegeven op een vier-puntenschaal gaande van “Helemaal niet

moelijk” tot “Uiterst moeilijk”. In deze studie bedraagt de Cronbach’s alpha van deze vragenlijst op T1 .77, op T2 .67, en op T3 .88.

Generalized Anxiety Disorder Questionnaire. Om de angst in kaart te brengen werd er gebruik gemaakt van de Nederlandstalige versie van de *Generalised Anxiety Disorder Questionnaire* (GAD-7; Spitzer et al., 2006). De GAD-7 is een zelfrapportage vragenlijst, bestaande uit zeven items, die gebruikt kan worden om paniek, sociale angst en een posttraumatische stress-stoornis vast te stellen (Kroenke, Spitzer, Williams, & Löwe, 2010). Aan de hand van een vier-puntenschaal duiden de proefpersonen aan hoe vaak ze in de afgelopen twee weken last hebben gehad van de problemen beschreven in de zeven items. De beoordeling van deze problemen gaat van “Helemaal niet”, naar “Bijna iedere dag”. Een voorbeeld van dergelijk probleem is “Een gespannen, angstig of zenuwachtig gevoel”, waarbij nul staat voor “Helemaal niet” en drie staat voor “Bijna iedere dag”. Een hogere score duidt op meer angstklachten. Daarnaast peilt een extra vraag naar de mate waarin de persoon vindt dat de problemen die hij aangaf het moeilijk maakten om het werk of taken in en om het huis te doen of om met andere personen om te gaan. Dit kon worden aangegeven op een vier-puntenschaal gaande van “Helemaal niet moeilijk” tot “Uiterst moeilijk”. In deze studie bedraagt de Cronbach’s alpha van deze vragenlijst op T1 .85, op T2 .81 en op T3 .91.

Inventory of Interpersonal Problems. Het relationeel functioneren van de participanten werd aan de hand van een verkorte versie van de *Inventory of Interpersonal Problems* (IIP-32; Barkham et al., 1996) in kaart gebracht. De items van de vragenlijst kunnen geclusterd worden in acht verschillende schalen, namelijk Dominant/controle, Wraakzuchtig/egocentrisch, Koud/afstandelijk, Sociaal geremd, Niet-assertief, Overdreven vriendelijk, Zelfopoffering en Opdringerig/behoefstig. Huidig onderzoek richt zich op verandering in de totaalschaal. Aan de hand van een vijf-puntenschaal dienen de participanten aan te geven in welke mate de 18 uitspraken op zichzelf van toepassing zijn. Een voorbeeld van een item is “Het is moeilijk voor mij om assertief te zijn zonder mij zorgen te maken dat ik de gevoelens van anderen kwets”, waarbij nul staat voor “Helemaal niet” en vier staat voor “Heel veel”. Het tweede deel van de vragenlijst bestaat uit 14 stellingen die de participanten moeten beoordelen op een vijf-puntenschaal in welke mate ze de stellingen te veel doen. Een voorbeeld van een stelling is “Ik hou andere mensen te veel op afstand”, waarbij nul staat voor “Helemaal niet” en vier staat voor “Heel veel”. Een hogere score duidt op een gevoel van meer problemen te hebben in relationeel functioneren. In deze studie bedraagt de Cronbach’s alpha van deze vragenlijst op T1 .85, op T2 .92 en op T3 .91.

Depressive Experience Questionnaire. Perfectionisme symptomen werden gemeten met behulp van de Nederlandstalige versie (DEV; Luyten, Blatt, & Corveleyn, 1997) van de *Depressive Experiences Questionnaire* (DEQ; Blatt et al., 1976). De DEQ (Blatt et al., 1976) is een zelfrapportage vragenlijst die oorspronkelijk ontworpen was om een onderscheid te maken tussen een anaclitische en introjectieve depressie (Descheemaeker, Lowyck, Verhaest, Luyten, & Vermote, 2013). De Nederlandstalige versie heeft gelijkaardige psychometrische kenmerken als de originele Engelstalige versie die een goede betrouwbaarheid en validiteit heeft (Luyten et al., 2007). Ze bestaat uit 66 items ontworpen om te differentiëren tussen afhankelijkheid, zelfkritiek en *efficacy*. Aan de hand van een zeven-punten Likert-schaal dienen de participanten aan te geven in welke mate ze akkoord gaan met de beweringen over persoonlijke kenmerken en eigenschappen. Een voorbeeld van zo een bewering is “Ik leg de lat wat mijn persoonlijke doelen en normen betreft zo hoog mogelijk”, waarbij één gelijk staat aan “Helemaal niet akkoord” en zeven gelijk staat aan “Helemaal akkoord”. Een hogere score duidt op meer symptomen van perfectionisme. De Cronbach’s alpha voor deze vragenlijst bedraagt op T1 .75, op T2 .77 en op T3 .84. In deze studie wordt gebruik gemaakt van het oorspronkelijke scoringssysteem van Blatt et al. (1976).

Visueel Analoge Schaal voor Perfectionisme. De Visueel Analoge schaal rond 10 kenmerken van perfectionisme (VAS) is een niet-gevalideerde, Nederlandstalige vragenlijst ontwikkeld door het Ontwikkelingsinstituut als klinisch instrument en peilt naar de mate waarin maladaptief perfectionisme bij de participant aanwezig is. De OCP-methodiek vat perfectionisme op als een patroon bestaande uit 10 kenmerken die in meer of mindere mate aanwezig kunnen zijn. Deze kenmerken zijn de volgende: (1) Dwangmatig moeten zorgen voor anderen, conflicten vermijden, moeilijk zijn mening kunnen zeggen, verwachtingen hebben naar anderen en ze niet uitspreken; (2) Onrealistische kwaliteitseisen hebben, naar zichzelf en soms ook naar anderen; (3) Een laag zelfbeeld, niet tevreden zijn over zichzelf en over wat je deed, zichzelf vergelijken met anderen, soms ook niet tevreden zijn over wat anderen doen, enkel het negatieve waarnemen; (4) Controledwang; (5) Altijd denken en vaak ook piekeren; (6) Angsten en faalangst; (7) Uitstelgedrag; (8) Moeilijk kunnen kiezen of beslissen; (9) Te veel verantwoordelijkheid nemen, niet ‘neen’ kunnen zeggen; en (10) Doorgaan, nooit opgeven, op die manier over je grenzen gaan. De participanten beoordelen de 10 items van de vragenlijst aan de hand van een tien-puntenschaal, waarbij nul staat voor “Helemaal niet” en 10 staat voor “Heel sterk”, om aan te geven hoe sterk de bovenstaande symptomen van perfectionisme hun denken, doen en voelen nu sturen. Een hogere score duidt op meer symptomen van perfectionisme. Aan de hand van een factoranalyse werd in de pilootstudie (Wulleman, 2017)

vastgesteld dat verschillende subschalen lage Cronbach's alpha's hadden, waardoor beslist werd enkel gebruik te maken van de totaalschaal. In deze studie bedraagt de Cronbach's alpha van deze vragenlijst op T1 .73, op T2 .88 en op T3 .92.

Data-Analyse

De statistische analyses werden gedaan aan de hand van het programma SPSS versie 24. Eerst werd een descriptieve analyse uitgevoerd om de participantengroep te beschrijven en vervolgens werd een *drop-out* analyse uitgevoerd aan de hand van t-toetsen voor onafhankelijke steekproeven om te achterhalen of er in deze studie sprake is van selectieve uitval. Verder werden de correlaties tussen de verschillende doelvariabelen op T1 berekend. Ten slotte werd nagegaan of het effect van de OCP-methodiek op depressie, angst, relationeel functioneren en perfectionisme zes maanden na afronden van het traject behouden was. Hiervoor werd een ANOVA met herhaalde metingen gebruikt en werd aan de hand van gepaarde t-toetsen onderzocht tussen welke meetmomenten significante verschillen konden worden vastgesteld. In deze studie werd er gebruik gemaakt van een 95% betrouwbaarheidsinterval en een alpha niveau van .05.

Resultaten

Participanten

Uit het pilootonderzoek kwam naar voor dat er in de steekproef sprake was van verschillende aanmeldingsproblematieken (Wulleman, 2017). De meest voorkomende waren een laag zelfbeeld, angst, burn-out, perfectionisme, depressie en relationeel functioneren (zie Tabel 1). De categorieën waren niet mutueel exclusief.

Tabel 2 geeft een beschrijving van de demografische kenmerken van de groep die de vragenlijstbundel op T1 heeft ingevuld. 62 participanten hebben de testbatterij op T1 ingevuld, waarvan 13 mannen en 49 vrouwen. De gemiddelde leeftijd van de participanten was 39.65 jaar ($SD = 12.13$), met een minimumleeftijd van 19 jaar en een maximumleeftijd van 68 jaar (zie Tabel 3). Met uitzondering van één participant had iedereen de Belgische nationaliteit (zie Tabel 2). De grote meerderheid van de participanten was hoog opgeleid (85.51%), waarvan 24 participanten met als hoogst genoten diploma hoger onderwijs (drie jaar) en 28 participanten met als hoogst genoten diploma universitair onderwijs (\geq vier jaar). Verder had één participant als hoogst genoten diploma het lager onderwijs (1.6%) en acht participanten het secundair onderwijs (12.9%) (zie Tabel 2). De meerderheid van de participanten werkt, waarvan 21

participanten als arbeider of bediende (33.9%), negen als zelfstandige (14.5%) en drie als ambtenaar (4.84%). Verder gaven drie participanten aan werkloos te zijn (5%) en één participant werkt niet buitenshuis (voor het gezin) (2%). De minderheid van de groep is op ziekteverlof ($N = 13$) (zie Tabel 2); met een gemiddelde duur van 3.23 maanden ($SD = 2.01$), een minimumduur van één maand en een maximumduur van zes maanden (zie Tabel 3). De overige 12 participanten waren zes studenten, vier gepensioneerden, één participant die aan vrijwilligerswerk doet en één participant die niet werkend is omwille van invaliditeit (zie Tabel 2). Verder had 27.9 % ($N = 44$) van de participanten op T1 een relatie (zie Tabel 2) met een gemiddelde duur van 186.29 maanden ($SD = 140.05$), wat overeenkomt met ongeveer 15.27 jaar. Betreffende de relatietevredenheid wordt er gemiddeld een score gegeven van 8.16 op 10 ($SD = 1.38$) (zie Tabel 3).

Tabel 1

Aanmeldingsproblematieken van de Volledige Steekproef

Aanmeldingsproblematieken	Frequentie
Laag Zelfbeeld	31
Angst	25
Burn-Out	24
Perfectionisme	10
Depressie	8
Relationeel Functioneren	7
Stress	3
Fibromyalgie	3
Hoogsensitiviteit	3
Niet Ingevuld	3
Slapeloosheid / Slaapproblemen	2
Impasse	1
Besluiteloosheid	1
Chronisch Vermoeidheidssyndroom (CVS)	1
Gebrek aan Intieme Interesse	1
Emotieregulatiestoornis	1
Aandachtstekortstoornis (ADD)	1
Obsessieve-Compulsieve Stoornis (OCS)	1
Gewichtsproblemen	1
Piekeren	1
Problemen op het Werk	1

Tabel 2

Kenmerken van de Participanten op T1

Kenmerken	<i>N</i> (%)	Completer	Drop-Out	
Geslacht	62 (100%)	24	38	$\chi^2(1) = .44, p = .509$
Mannen	13 (21%)	4	9	
Vrouwen	49 (79%)	20	29	
Nationaliteit	62 (100%)	24	38	$\chi^2(1) = .64, p = .423$
Belg	61 (98.4%)	24	37	
Ander	1 (1.6%)	0	1	
Opleidingsniveau	62 (100%)	24	38	$\chi^2(3) = 2.54, p = .468$
Lager Onderwijs	1 (1.6%)	1	0	
Secundair Onderwijs	8 (12.9%)	4	4	
Hoger Onderwijs (3 jaar)	25 (40.3%)	10	15	
Universitair Onderwijs (≥ 4 jaar)	28 (45.2%)	9	19	
Werkstatus	62 (100%)	24	38	$\chi^2(5) = 2.97, p = .705$
Werkloos	3 (4.8%)	1	2	
Niet Buitenshuis Werkend (voor gezin)	1 (1.6%)	1	0	
Ziekteverlof	13 (21%)	6	7	
Arbeider / Bediende	21 (38.71%)	8	13	
Zelfstandige	9 (14.5%)	2	7	
Ander	15 (19.35%)	6	9	
Relatie	61 (100%)	24	37	$\chi^2(1) = 1.83, p = .177$
Ja	44 (72.1%)	9	8	
Nee	17 (27.9%)	15	29	

Noot. *N* = aantal participanten; completer = participanten die de vragenlijst op alle drie de tijdstippen hebben ingevuld; drop-out = participanten die de vragenlijst niet op alle drie de tijdstippen hebben ingevuld

Tabel 3

Kenmerken van de Participanten op T1 (vervolg)

Kenmerken van Participanten	<i>N</i> (%)	<i>M</i>	<i>SD</i>	
Leeftijd	62 (100%)	39.65	12.13	<i>t</i>(60) = .37, <i>p</i> = .710
Completer	24	38.92	14.37	
Drop-Out	38	40.11	10.65	
Duur Ziekteverlof	13 (100%)	3.23	2.01	<i>t</i>(11) = -.43, <i>p</i> = .674
Completer	6	3.50	2.07	
Drop-Out	7	3.00	2.08	
Duur Relatie	45 (100%)	183.29	140.05	<i>t</i>(43) = -.15, <i>p</i> = .882
Completer	15	187.73	134.60	
Drop-Out	30	181.07	144.91	
Tevredenheid Relatie	44 (100%)	8.16	1.38	<i>t</i>(42) = -.37, <i>p</i> = .715
Completer	15	8.27	1.39	
Drop-Out	29	8.10	1.40	

Noot. *N* = aantal participanten; *M* = gemiddelde; *SD* = standaarddeviatie

Verder werd gekeken naar de mate van depressie, gemeten aan de hand van de PHQ-9 (Spitzer et al., 1999) op T1 in de totale steekproef. Zoals in Tabel 4 staat aangegeven hebben 60 participanten deze vragenlijst ingevuld. Hiervan heeft op basis van de PHQ-9 categorieën 15% een minimale depressie ($N = 9$) (score tussen 0 en 4), 33.33% een milde depressie ($N = 20$) (score tussen 5 en 9), 28.33% een matige depressie ($N = 17$) (score tussen 10 en 14), 21.67% een matige tot ernstige depressie ($N = 13$) (score tussen 15 en 19) en 1.67% een ernstige depressie ($N = 1$) (score tussen 20 en 27).

Tabel 4

Mate van Depressie in de Volledige Steekproef op T1

Categorieën	<i>N</i>	%
Minimale Depressie	9	15.00
Milde Depressie	20	33.33
Matige Depressie	17	28.33
Matige tot Ernstige Depressie	13	21.67
Ernstige Depressie	1	1.67
Totaal	60	100.00

Noot. *N* = aantal participanten

De GAD-7 (Spitzer et al., 2006), die angst meet, werd op T1 door 62 participanten ingevuld. 12.90% van de participanten hebben volgens de categorieën voorgesteld in Tabel 5 geen vorm van angst ($N = 8$) (score tussen 0 en 4), 30.65% heeft een milde vorm van angst ($N = 19$) (score tussen 5 en 9), 40.32% heeft een matige vorm van angst ($N = 25$) (score tussen 10 en 14) en 16.13% heeft een ernstige vorm van angst ($N = 10$) (score hoger dan 14).

Tabel 5

Mate van Angst in de Volledige Steekproef op T1

Categorieën	<i>N</i>	%
Geen Vorm van Angst	8	12.90
Milde Vorm van Angst	19	30.65
Matige Vorm van Angst	25	40.32
Ernstige Vorm van Angst	10	16.13
Totaal	62	100.00

Noot. *N* = aantal participanten

Drop-Out Analyse

Het pilootonderzoek (Wulleman, 2017) rapporteerde een *drop-out* percentage van 46.77%, wat wil zeggen dat 33 van de 62 participanten voor beide meetmomenten (T1 en T2) de vragenlijstbundel hadden ingevuld. Er werden echter geen significante verschillen gevonden tussen de *completers* en de *drop-outs* wat betreft de variabelen Geslacht, Nationaliteit, Opleidingsniveau, Werkstatus en het hebben van een Relatie. Verder toonde het onderzoek aan dat er ook geen significante verschillen werden vastgesteld wat betreft de variabelen Leeftijd, Duur van het Ziekteverlof, Duur van de Relatie en Tevredenheid van de Relatie. Wanneer onderzocht werd of de mate van depressie, angst en moeilijkheden met relationeel functioneren een invloed hadden op het invullen van de vragenlijstbundels werden er opnieuw geen significante verschillen gevonden. Enkel de mate van perfectionisme had een invloed op *drop-outs*. Participanten met een hogere mate van perfectionisme bleven namelijk in de studie.

In het huidige onderzoek wordt onder de groep *completers* individuen gerekend die voor alle drie de meetmomenten de vragenlijstbundel hebben ingevuld. Dit komt neer op een *drop-out* percentage van 61.29% (zie Tabel 6).

Tabel 6

Overzicht van Completers en Drop-Outs

Ingevulde Vragenlijsten op de Meetmomenten	Aantal Participanten (%)
Drop-Out	38 (61.29%)
Enkel T1	19
Enkel T2	0
Enkel T3	0
Enkel T1 en T2	9
Enkel T1 en T3	10
Enkel T2 en T3	0
Completer	24 (38.78%)
T1, T2 en T3	24
Totaal	62 (100%)

Noot. T1 = meetmoment 1; T2 = meetmoment 2; T3 = meetmoment 3

Demografische Variabelen. Chi-kwadraattoetsen in Tabel 2 tonen aan dat er geen significante verschillen zijn tussen *completers* en *drop-outs* wat betreft Geslacht ($\chi^2(1) = .44, p = .509$), Nationaliteit ($\chi^2(1) = .64, p = .423$), Opleidingsniveau ($\chi^2(3) = 2.54, p = .468$), Werkstatus ($\chi^2(1) = .44, p = .705$) en het hebben van een Relatie ($\chi^2(1) = 1.83, p = .177$). Aan de hand van t-toetsen voor onafhankelijke steekproeven wordt vastgesteld dat er ook geen significante verschillen zijn wat betreft de variabelen Leeftijd ($t(60) = .37, p = .710$), Duur van het Ziekteverlof ($t(11) = -.43, p = .674$), Duur van de Relatie ($t(43) = -.15, p = .882$) en Tevredenheid van de Relatie ($t(42) = -.37, p = .715$) (zie Tabel 3).

Depressie, Angst, Relationeel Functioneren en Perfectionisme. Aan de hand van t-toetsen voor onafhankelijke steekproeven wordt vastgesteld dat er geen significante verschillen zijn in de mate van depressie ($t(58) = -.38, p = .702$), angst ($t(60) = -.89, p = .376$) en relationeel functioneren ($t(56) = -1.58, p = .120$) tussen *completers* en *drop-outs* (zie Tabel 7). Wat betreft perfectionisme, gemeten aan de hand van de VAS, wordt er wel opnieuw een significant verschil vastgesteld tussen *completers* en *drop-outs* ($t(60) = -2.44, p = .018$), wat betekent dat eerder de participanten met een hogere mate van perfectionisme de vragenlijstbundel op de drie meetmomenten hebben ingevuld. Bij de schaal Zelfkritiek van de DEQ (Blatt et al., 1976) bestaat er ook een significant verschil ($t(60) = -2.13, p = .037$) tussen *completers* en *drop-outs* (zie Tabel 7).

Tabel 7

Doelvariabelen voor Completers en Drop-Outs

Kenmerken van Participanten	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
Depressie (PHQ-9)				<i>t</i>(58) = -.38, <i>p</i> = .702
Completer	24	10.29	3.85	
Drop-Out	36	9.81	5.33	
Angst (GAD-7)				<i>t</i>(60) = -.89, <i>p</i> = .376
Completer	24	10.50	4.20	
Drop-Out	38	9.45	4.71	
Relationeel Functioneren (IIP-32)				<i>t</i>(56) = -1.58, <i>p</i> = .120
Completer	24	1.79	.42	
Drop-Out	34	1.59	.50	
Perfectionisme (VAS)				<i>t</i>(60) = -2.44, <i>p</i> = .018
Completer	24	7.84	1.01	
Drop-Out	38	7.13	1.17	
Zelfkritiek (DEQ)				<i>t</i>(60) = -2.13, <i>p</i> = .037
Completer	24	.85	.71	
Drop-Out	38	.42	.82	

Noot. *N* = aantal participanten; *M* = gemiddelde; *SD* = standaarddeviatie

Correlaties Tussen de Doelvariabelen

Tabel 8 toont de correlaties tussen de verschillende doelvariabelen van de studie op T1. Cohen (1988) beoordeelt de sterkte van een correlatie als volgt: een correlatie van .10 is laag, een correlatie van .30 is matig en een correlatie van .50 is hoog. Er blijkt een hoge positieve correlatie te zijn tussen de variabelen depressie en angst, angst en zelfkritiek, relationeel functioneren en perfectionisme en zelfkritiek en perfectionisme. De hoge correlatie tussen zelfkritiek (DEQ; Blatt et al., 1976) en perfectionisme (VAS) is te verklaren doordat de schaal zelfkritiek als een dimensie van perfectionisme gezien kan worden, wat wijst op een convergente validiteit. Verder wordt uit de tabel afgeleid dat er een matige positieve correlatie is tussen de variabelen depressie en relationeel functioneren, depressie en zelfkritiek, depressie en perfectionisme, angst en relationeel functioneren, en relationeel functioneren en zelfkritiek.

Tabel 8

Correlaties tussen de Doelvariabelen op T1

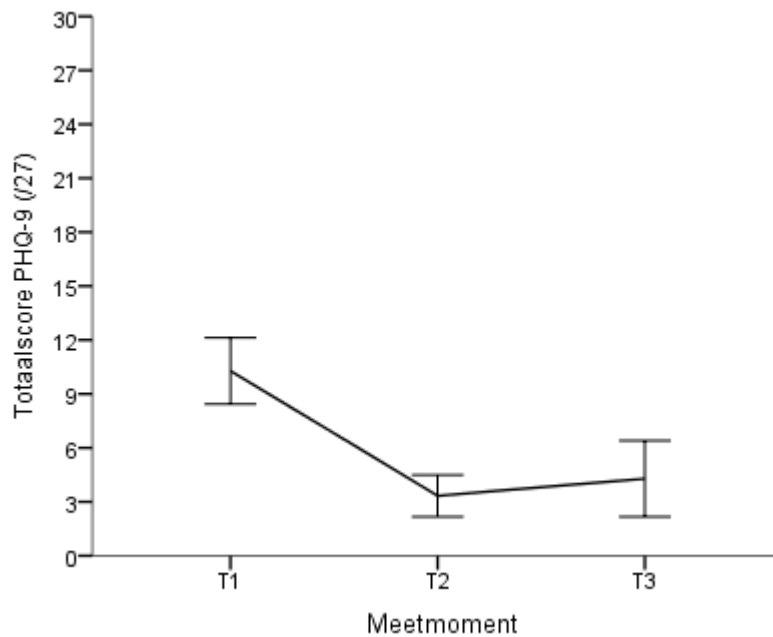
Variabelen	1	2	3	4	5
1. Depressie (PHQ-9)	-				
2. Angst (GAD-7)	.73**	-			
3. Relationeel Functioneren (IIP-32)	.37**	.39**	-		
4. Schaal Zelfkritiek (DEQ)	.44**	.63**	.42**	-	
5. Perfectionisme (VAS)	.31*	.50**	.52**	.62**	-

Noot. * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

Resultaten van de Follow-Up Studie

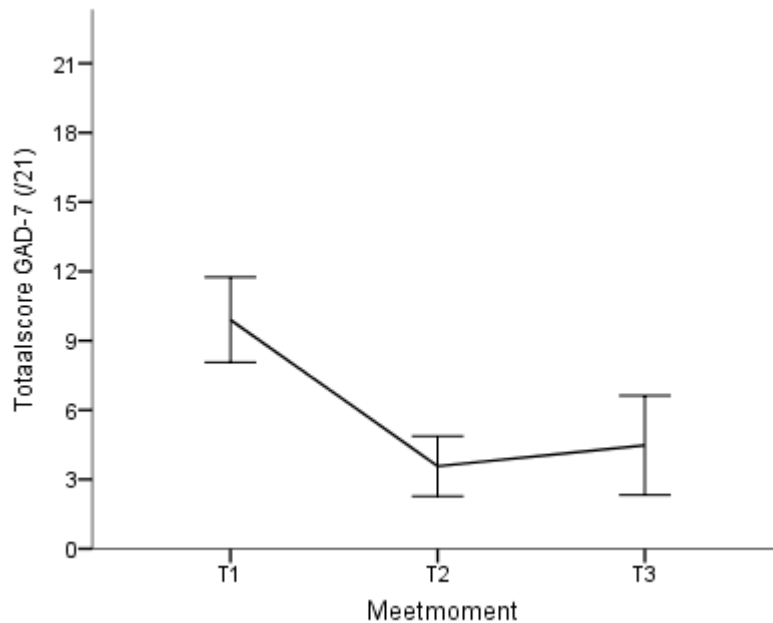
Aan de hand van een ANOVA met herhaalde metingen wordt onderzocht of de participanten die op alle drie de tijdstippen de vragenlijstbundel hebben ingevuld (= *completers*) de geobserveerde veranderingen na het einde van het coachingtraject in depressie, angst, relationeel functioneren en perfectionisme zes maanden na afronden van het traject behouden hebben.

Depressie. Eerst wordt onderzocht of de daling van de mate van depressie die werd vastgesteld in het pilootonderzoek behouden is zes maanden na afronding van het OCP-traject. Een ANOVA met herhaalde metingen wordt uitgevoerd om het effect van tijd op de gemiddelde mate van depressie te onderzoeken van T1 tot T3. Er wordt een significant effect van tijd vastgesteld (Wilks' Lambda = .251, $F(2,19) = 28.38$, $p < .001$). Drie gepaarde t-toetsen worden uitgevoerd voor post hoc vergelijkingen tussen de verschillende meetmomenten. Een eerste gepaarde t-toets toont dat er een significant verschil is tussen de gemiddelde mate van depressie op T1 ($M = 10.27$, $SD = 3.95$) en op T2 ($M = 3.23$, $SD = 2.54$); $t(21) = 8.15$, $p < .001$, $d = 2.17$, BI 95% [1.21, 3.13] (zie Figuur 2 en Tabel 9). Een tweede gepaarde t-toets toont een significant verschil tussen de gemiddelde mate van depressie op T1 ($M = 10.29$, $SD = 4.05$) en op T3 ($M = 4.29$, $SD = 4.65$); $t(22) = 5.07$, $p < .001$, $d = 1.36$, BI 95% [.14, 2.58] (zie Figuur 2 en Tabel 10). Ten slotte geeft een derde gepaarde t-toets aan dat er geen significant verschil is tussen de gemiddelde mate van depressie op T2 ($M = 3.33$, $SD = 2.56$) en op T3 ($M = 4.29$, $SD = 4.65$); $t(20) = -.95$, $p = .356$, $d = -.26$, BI 95% [-1.37, .85] (zie Figuur 2 en Tabel 11). Er wordt vastgesteld dat de gemiddelde mate van depressie op T3 terug licht omhoog gaat, maar niet significant verschilt van T2 wat duidt op een behoud van verandering.



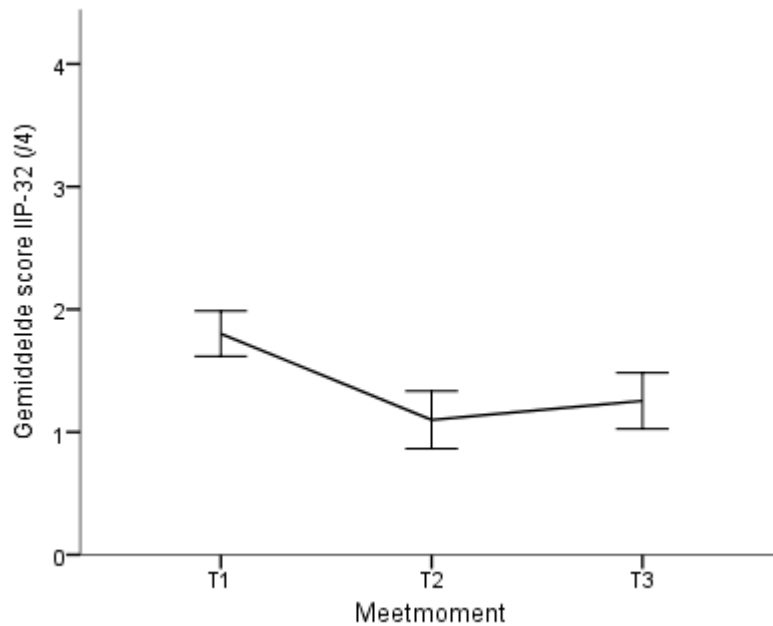
Figuur 2. Totaalscore depressie (PHQ-9) op T1, T2 en T3 bij completers.

Angst. Vervolgens wordt onderzocht of de daling van de mate van angst die werd vastgesteld in het pilootonderzoek behouden is zes maanden na afronding van het OCP-traject. Een ANOVA met herhaalde metingen wordt uitgevoerd om het effect van tijd op de gemiddelde mate van angst te onderzoeken van T1 tot T3. Er wordt een significant effect van tijd vastgesteld (Wilks' Lambda = .270, $F(2,19) = 25.74$, $p < .001$). Drie gepaarde t-toetsen worden uitgevoerd voor post hoc vergelijkingen tussen de verschillende meetmomenten. Een eerste gepaarde t-toets toont dat er een significant verschil is tussen de gemiddelde mate van angst op T1 ($M = 10.43$, $SD = 4.28$) en op T2 ($M = 3.78$, $SD = 2.88$); $t(22) = 7.38$, $p < .001$, $d = 1.86$, BI 95% [.83,2.90] (zie Figuur 3 en Tabel 9). Een tweede gepaarde t-toets toont een significant verschil tussen de gemiddelde mate van angst op T1 ($M = 10.00$, $SD = 3.98$) en op T3 ($M = 4.41$, $SD = 4.63$); $t(21) = 6.12$, $p < .001$, $d = 1.33$, BI 95% [.08, 2.57] (zie Figuur 3 en Tabel 10). Ten slotte geeft een derde gepaarde t-toets aan dat er geen significant verschil is tussen de gemiddelde mate van angst op T2 ($M = 3.57$, $SD = 2.88$) en op T3 ($M = 4.48$, $SD = 4.73$); $t(20) = -.88$, $p = .387$, $d = -.24$, BI 95% [-1.39, .92] (zie Figuur 3 en Tabel 11). Er wordt vastgesteld dat de gemiddelde mate van angst op T3 terug licht omhoog gaat, maar niet significant verschilt van T2 wat duidt op een behoud van verandering.



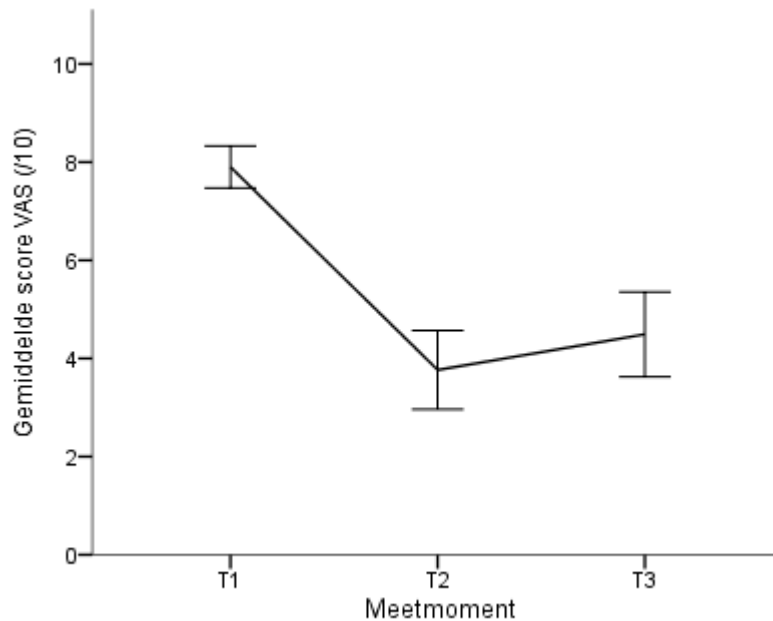
Figuur 3. Totalscore angst (GAD-7) op T1, T2 en T3 bij completers.

Relationeel Functioneren. Verder wordt onderzocht of de daling van het ervaren van problemen met relationeel functioneren die werd vastgesteld in het pilootonderzoek behouden is zes maanden na afronding van het OCP-traject. Een ANOVA met herhaalde metingen wordt uitgevoerd om het effect van tijd op de gemiddelde mate van moeilijkheden met relationeel functioneren te onderzoeken van T1 tot T3. Er wordt een significant effect van tijd vastgesteld (Wilks' Lambda = .227, $F(2,21) = 35.75$, $p < .001$). Drie gepaarde t-toetsen worden uitgevoerd voor post hoc vergelijkingen tussen de verschillende meetmomenten. Een eerste gepaarde t-toets toont dat er een significant verschil is tussen de gemiddelde mate van problemen met relationeel functioneren op T1 ($M = 1.79$, $SD = .42$) en op T2 ($M = 1.15$, $SD = .59$); $t(23) = 5.72$, $p < .001$, $d = 1.28$, BI 95% [1.14, 1.42] (zie Figuur 4 en Tabel 9). Een tweede gepaarde t-toets toont een significant verschil tussen de gemiddelde mate van problemen met relationeel functioneren op T1 ($M = 1.80$, $SD = .43$) en op T3 ($M = 1.25$, $SD = .53$); $t(22) = 7.05$, $p < .001$, $d = 1.17$, BI 95% [1.03, 1.30] (zie Figuur 4 en Tabel 10). Ten slotte geeft een derde gepaarde t-toets aan dat er geen significant verschil is tussen de gemiddelde mate van problemen met relationeel functioneren op T2 ($M = 1.10$, $SD = .54$) en op T3 ($M = 1.25$, $SD = .53$); $t(22) = -1.70$, $p = .104$, $d = -.29$, BI 95% [-.44, -.14] (zie Figuur 4 en Tabel 11). Er wordt vastgesteld dat de gemiddelde mate van problemen met relationeel functioneren op T3 terug licht omhoog gaat, maar niet significant verschilt van T2 wat duidt op een behoud van verandering.



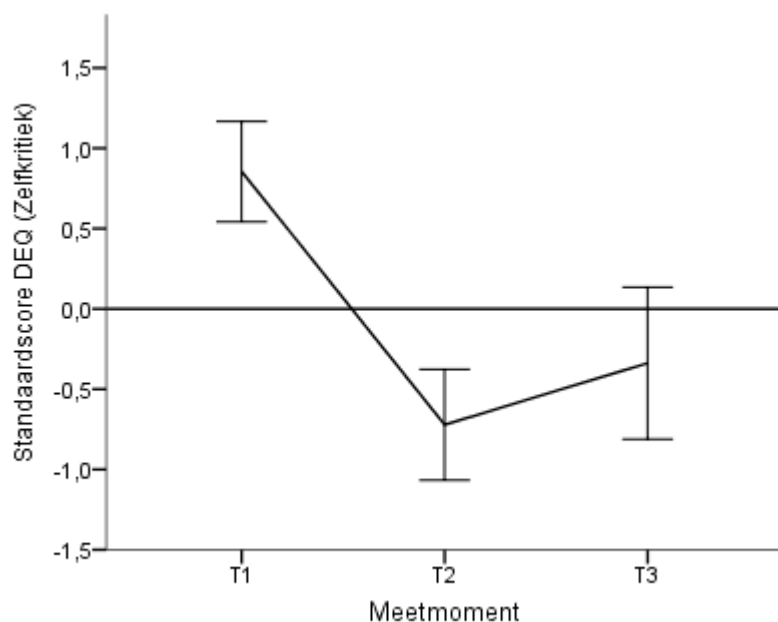
Figuur 4. Gemiddelde score relationeel functioneren (IIP-32) op T1, T2 en T3 bij completers.

Perfectionisme. Ten slotte werd onderzocht of de daling van perfectionisme symptomen die werd vastgesteld in het pilootonderzoek behouden is zes maanden na afronding van het OCP-traject. Een ANOVA met herhaalde metingen wordt uitgevoerd om het effect van tijd op de gemiddelde mate van perfectionisme te onderzoeken van T1 tot T3. Er wordt een significant effect van tijd vastgesteld (Wilks' Lambda = .137, $F(2,21) = 66.19$, $p < .001$). Drie gepaarde t-toetsen worden uitgevoerd voor post hoc vergelijkingen tussen de verschillende meetmomenten. Een eerste gepaarde t-toets toont dat er een significant verschil is tussen de gemiddelde mate van perfectionisme op T1 ($M = 7.84$, $SD = 1.01$) en op T2 ($M = 3.75$, $SD = 1.82$); $t(23) = 10.69$, $p < .001$, $d = 2.84$, BI 95% [2.43, 3.25] (zie Figuur 5 en Tabel 9). Een tweede gepaarde t-toets toont een significant verschil tussen de gemiddelde mate van perfectionisme op T1 ($M = 7.90$, $SD = 1.00$) en op T3 ($M = 4.49$, $SD = 2.00$); $t(22) = 8.69$, $p < .001$, $d = 2.21$, BI 95% [1.76, 2.65] (zie Figuur 5 en Tabel 10). Ten slotte geeft een derde gepaarde t-toets aan dat er geen significant verschil is tussen de gemiddelde mate van perfectionisme op T2 ($M = 3.77$, $SD = 1.86$) en op T3 ($M = 4.49$, $SD = 2.00$); $t(22) = -1.60$, $p = .125$, $d = -.38$, BI 95% [-.93, .17] (zie Figuur 5 en Tabel 11). Er wordt vastgesteld dat de gemiddelde mate van perfectionisme op T3 terug licht omhoog gaat, maar niet significant verschilt van T2 wat duidt op een behoud van verandering.



Figuur 5. Gemiddelde score perfectionisme (VAS) op T1, T2 en T3 bij completers.

Deze resultaten worden ondersteund door de scores op de schaal Zelfkritiek van de DEQ (Blatt et al., 1976). Een ANOVA met herhaalde metingen wordt uitgevoerd om het effect van tijd op de gemiddelde mate van zelfkritiek te onderzoeken van T1 tot T3. Er wordt een significant effect van tijd vastgesteld (Wilks' Lambda = .212, $F(2,21) = 39.05$, $p < .001$). Drie gepaarde t-toetsen worden uitgevoerd voor post hoc vergelijkingen tussen de verschillende meetmomenten. Een eerste gepaarde t-toets toont dat er een significant verschil is tussen de gemiddelde mate van zelfkritiek op T1 ($M = .85$, $SD = .71$) en op T2 ($M = -.72$, $SD = .78$); $t(23) = 9.45$, $p < .001$, $d = 2.15$, BI 95% [1.94, 2.36] (zie Figuur 6 en Tabel 9). Een tweede gepaarde t-toets toont een significant verschil tussen de gemiddelde mate van zelfkritiek op T1 ($M = .85$, $SD = .72$) en op T3 ($M = -.34$, $SD = 1.09$); $t(22) = 5.42$, $p < .001$, $d = 1.31$, BI 95% [1.05, 1.57] (zie Figuur 6 en Tabel 10). Ten slotte geeft een derde gepaarde t-toets aan dat er geen significant verschil is tussen de gemiddelde mate van zelfkritiek op T2 ($M = -.72$, $SD = .80$) en op T3 ($M = -.34$, $SD = 1.09$); $t(22) = -2.02$, $p = .056$, $d = -.41$, BI 95% [-.68, -.14] (zie Figuur 6 en Tabel 11). Er wordt vastgesteld dat de gemiddelde mate van zelfkritiek op T3 terug licht omhoog gaat, maar niet significant verschilt van T2 wat duidt op een behoud van verandering.



Figuur 6. Standaardscore zelfkritiek (DEQ) op T1, T2 en T3 bij completers.

Tabel 9

Resultaten van Gepaarde t-toetsen voor Depressie, Angst, Relationeel Functioneren en Perfectionisme bij Completers voor T1 en T2

Variabelen	Gepaarde Verschillen						t	df	Sig. (2-zijdig)
	M	SD	SEM	BI 95% van Verschil					
				Onder	Boven				
Depressie (PHQ-9)	7.05	4.05	.86	5.25	8.84	8.15	21	<.001	
Angst (GAD-7)	6.65	4.32	.90	4.78	8.52	7.38	22	<.001	
Relationeel Functioneren (IIP-32)	.64	.54	.11	.41	.87	5.72	23	<.001	
Perfectionisme (VAS)	4.09	1.88	.38	3.30	4.88	10.69	23	<.001	
Zelfkritiek (DEQ)	1.58	.82	.17	1.23	1.92	9.45	23	<.001	

Noot. M = gemiddelde; SD = standaarddeviatie; SEM = standaardfout van het gemiddelde; BI = betrouwbaarheidsinterval; df = aantal vrijheidsgraden

Tabel 10

Resultaten van Gepaarde t-toetsen voor Depressie, Angst, Relationeel Functioneren en Perfectionisme bij Completers voor T1 en T3

Variabelen	Gepaarde Verschillen						<i>t</i>	<i>df</i>	Sig. (2-zijdig)
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>SEM</i>	BI 95% van Verschil					
				Onder	Boven				
Depressie (PHQ-9)	5.74	5.43	1.13	3.39	8.09	5.07	22	<.001	
Angst (GAD-7)	5.59	4.29	.92	3.69	7.50	6.12	21	<.001	
Relationeel Functioneren (IIP-32)	.55	.37	.08	.39	.71	7.05	22	<.001	
Perfectionisme (VAS)	3.41	1.88	.39	2.60	4.22	8.69	22	<.001	
Zelfkritiek (DEQ)	1.19	1.06	.22	.74	1.65	5.42	22	<.001	

Noot. *M* = gemiddelde; *SD* = standaarddeviatie; *SEM* = standaardfout van het gemiddelde; *BI* = betrouwbaarheidsinterval; *df* = aantal vrijheidsgraden

Tabel 11

Resultaten van Gepaarde t-toetsen voor Depressie, Angst, Relationeel Functioneren en Perfectionisme bij Completers voor T2 en T3

Variabelen	Gepaarde Verschillen						<i>t</i>	<i>df</i>	Sig. (2-zijdig)
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>SEM</i>	BI 95% van Verschil					
				Onder	Boven				
Depressie (PHQ-9)	-.95	4.62	1.01	-3.06	1.15	-.95	20	.356	
Angst (GAD-7)	-.90	4.69	1.02	-3.04	1.23	-.88	20	.387	
Relationeel Functioneren (IIP-32)	-.15	.44	.09	-.34	.03	-1.70	22	.104	
Perfectionisme (VAS)	-.73	2.18	.46	-1.67	.22	-1.60	22	.125	
Zelfkritiek (DEQ)	-.38	.91	.19	-.78	.01	-2.02	22	.056	

Noot. *M* = gemiddelde; *SD* = standaarddeviatie; *SEM* = standaardfout van het gemiddelde; *BI* = betrouwbaarheidsinterval; *df* = aantal vrijheidsgraden

Discussie

In het huidige onderzoek werd nagegaan of dalingen in depressie, angst, moeilijkheden met relationeel functioneren en perfectionisme die door de coachees werden aangegeven in het pilootonderzoek zes maanden na afronding van het OCP-traject behouden bleven of zelfs verder waren toegenomen. Vooraleer de data werden geanalyseerd werd er een *drop-out* analyse uitgevoerd.

Als eerste werd nagegaan of demografische variabelen zoals het geslacht, de nationaliteit, het opleidingsniveau, de werkstatus en of de coachees een relatie hadden een effect hadden op het in de studie blijven. Een chi-kwaadraattoets toonde geen significant verschil tussen *completers* en *drop-outs*.

Ten tweede werd onderzocht of de variabelen leeftijd, de duur van het ziekteverlof, de duur van de relatie en de tevredenheid van de relatie een effect hadden op het in de studie blijven. Aan de hand van een t-toets voor onafhankelijke steekproeven werd vastgesteld dat hier wederom geen significante verschillen tussen *completers* en *drop-outs* bestonden.

Ten slotte werd onderzocht of de doelvariabelen depressie, angst, relationeel functioneren en perfectionisme een effect hadden op het in de studie blijven. T-toetsen voor onafhankelijke steekproeven toonden voor depressie, angst en relationeel functioneren geen significante verschillen tussen *completers* en *drop-outs*. Voor de variabele perfectionisme daarentegen werd aan de hand van een t-toets voor onafhankelijke steekproeven wel een significant verschil vastgesteld tussen *completers* en *drop-outs*. Dit betekent dat coachees met een hoge mate van perfectionisme eerder de vragenlijstbundel voor alle drie de meetmomenten invulden en dus minder de neiging hadden uit de studie te stappen. In dit onderzoek is niet dieper ingegaan op redenen waarom coachees in de studie bleven of uit de studie stapten. De geneigdheid om het onderzoek af te ronden zou misschien te maken kunnen hebben met kenmerken van het perfectionismepatroon. Twee voorbeelden van hoe OCP perfectionisme als patroon opvat zijn: ‘te veel verantwoordelijkheid nemen, niet neen kunnen zeggen’ en ‘doorgaan, nooit opgeven’. Deze twee kenmerken zouden gelinkt kunnen worden met de neiging te hebben het volledige onderzoek te willen afronden. In huidig onderzoek werd niet systematisch bijgehouden of de coachees die in de studie bleven ook het volledige OCP-traject hebben afgerond. Indien de coachees met een hoge mate van perfectionisme ook meer de neiging hadden het OCP-traject volledig af te ronden kunnen deze maladaptieve kenmerken van perfectionisme in deze context van coaching ook als iets adaptief opgevat worden, omdat het ervoor zorgt dat zij die het meeste baat hebben bij de interventie deze ook eerder volledig

zullen doorlopen. Verder ervaren deze coachees misschien een hogere lijdensdruk door de hogere mate van perfectionisme, waardoor ze meer gemotiveerd en geïnvesteerd zijn in de studie en het hele coachingtraject. Verder onderzoek zou hier meer inzicht in kunnen geven. Na de *drop-out* analyse werden vervolgens de eigenlijke hypothesen onderzocht.

Ten eerste werd nagegaan of het OCP-traject een effect had ongeveer zes maanden na afronden van het traject. In overeenstemming met de theoretische verwachtingen en in lijn met de literatuur (Riley et al., 2007) werd vastgesteld dat er significante veranderingen waren betreffende de mate van depressie, angst, relationeel functioneren en perfectionisme. De coachees gaven op T3 een significant lagere mate van depressie, angst, moeilijkheden met relationeel functioneren en perfectionisme aan dan op T1, met zeer grote en grote effectgroottes.

Ten tweede werd onderzocht of er een verdere verandering in adaptieve richting kon worden vastgesteld. In literatuur werd evidentie gevonden van effectgroottes die in follow-up onderzoeken nog groter werden (Egan et al., 2014). In huidig onderzoek werd een verdere verandering in adaptieve richting echter niet gevonden. Er werd vastgesteld dat de mate van depressie, angst, moeilijkheden met relationeel functioneren en perfectionisme terug licht stegen. Wel was deze stijging niet significant waardoor er van een behoud van verandering gesproken kan worden. Lag dit aan het feit dat de interventie kortdurend van aard was? In de meta-analyse van Lloyd et al. (2015) wordt ondersteuning gevonden voor de effectiviteit van kortdurende therapieën voor perfectionisme, maar in literatuur is er geen consensus over de effectiviteit van kortdurende therapieën op lange termijn. Wel stelt onderzoek dat individuen met een anaclitische persoonlijkheidsstijl andere noden hebben en een verschillende evolutie tijdens het herstelproces vertonen dan individuen met een introjectieve persoonlijkheidsstijl (Descheemaker et al., 2013). Bij een anaclitische persoonlijkheidsstijl is er namelijk een meer gestructureerde, ondersteunende behandeling aangewezen, terwijl bij een introjectieve persoonlijkheidsstijl een meer langdurige, inzichtgevende behandeling wordt aangeraden (Descheemaker et al., 2013). Aangezien het zelfkritisch perfectionisme eerder gekenmerkt wordt door een focus op zelfdefinitie (introjectief) is de exploratie van en het inzicht verwerven in het perfectionismepatroon van de coachees een belangrijke stap binnen de OCP-methodiek. Wel is de OCP-methodiek niet langdurig van aard en verder onderzoek zou kunnen uitwijzen of er bij een langere follow-up terugval wordt vastgesteld, of dat er toch sprake is van een behoud van verandering.

Aan de huidige studie zijn een aantal beperkingen verbonden. Een eerste betreft het gebruik van zelfrapportage vragenlijsten en de risico's die daaraan verbonden zijn zoals sociaalwenselijke antwoorden en andere antwoordbiases. Toekomstig onderzoek zou naast het

gebruik van zelfrapportage vragenlijsten meerdere meetinstrumenten per variabele kunnen gebruiken en met toevoeging van bijvoorbeeld diepte-interviews.

Een tweede beperking is de steekproef die niet zo groot was en voornamelijk uit vrouwelijke en hoog opgeleide participanten bestond. Anderzijds is dit misschien net de doelgroep van OCP en is voor anderen een alternatieve behandeling aan te raden. Hiervoor is verder onderzoek nodig. In toekomstig onderzoek is het aangeraden om gebruik te maken van een grotere steekproef met meer variatie betreffende geslacht en opleidingsniveau zodat de bevindingen gegeneraliseerd kunnen worden naar de bredere populatie. De relatief kleine steekproef ($N = 24$) was het resultaat van een hoog *drop-out* percentage van 61.29%. In het onderzoek is niet systematisch bijgehouden of deze coachees uit de studie stapten maar wel het OCP-traject volledig hebben afgerond, of dat zij ook uit het traject zijn gestapt. Over de redenen van de coachees voor *drop-out* kan deze studie ook geen duidelijkheid bieden, wat het niet evident maakt om in de toekomst *drop-out* te minimaliseren. Moet het coachingstraject anders voorgesteld worden? Is de vragenlijstbundel te lang? In toekomstig onderzoek is het belangrijk systematisch bij te houden welke participanten uit het OCP-traject stappen, welke participanten uit de studie stappen en wat de redenen hiervoor zijn.

Een derde beperking is dat de OCP-coaching door verschillende coaches, weliswaar allemaal gecertificeerd in de OCP-methodiek, is gebeurd. In de huidige studie is niet onderzocht of er significante verschillen waren tussen de coachees van de verschillende coaches. Ook is het niet duidelijk of de toepassing van de OCP-methodiek door de verschillende coaches op eenzelfde manier is gebeurd. Toekomstig onderzoek zou kunnen rekening houden met deze beperking door het proces bijvoorbeeld openbaar te maken door de sessies op te nemen.

Conclusie

Dit onderzoek toonde aan dat het Ontwikkelingsgericht Coachen van Perfectionisme positieve effecten had op de mate van depressie, angst, relationeel functioneren en perfectionisme. Hoewel er geen verdere verandering in adaptieve richting werd vastgesteld, kan er wel gesproken worden van een behoud van verandering tot zes maanden na het afronden van het OCP-traject. De resultaten die werden vastgesteld in deze studie nodigen zeker uit tot het verder onderzoeken van de effectiviteit van deze behandeling met een langere follow-up en op een grootschaliger niveau.

Literatuur

- Arpin-Cribbie, C., Irvine, J., & Ritvo, P. (2012). Web-based cognitive-behavioral therapy for perfectionism: A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research, 22*(2), 194-207.
- Barkham, M., Hardy, G. E., & Startup, M. (1996). The IIP-32: A short version of the Inventory of Interpersonal Problems. *British Journal of Clinical Psychology, 35*(1), 21-35.
- Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist, 55*(11), 1247–1263.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1978). Beck Depression Inventory (BDI), 1978. *Philadelphia: Center for Cognitive Therapy.*
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck Depression Inventory-ii (BDI-ii). *San Antonio, TX: Psychological Corporation.*
- Bieling, P. J., Summerfeldt, L. J., Israeli, A. L., & Antony, M. M. (2004). Perfectionism as an explanatory construct in comorbidity of axis I disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*(3), 193-201.
- Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *The Psychoanalytic Study of the Child, 29*(1), 107–157.
- Blatt, S. J. (1995). The destructiveness of perfectionism: Implications for the treatment of depression. *American psychologist, 50*(12), 1003.
- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives.*
- Blatt, S. J., & Homann, E. (1992). Parent-child interaction in the etiology of dependent and self-critical depression. *Clinical Psychology Review, 12*(1), 47–91.
- Blatt, S. J., & Luyten, P. (2009). A structural–developmental psychodynamic approach to psychopathology: Two polarities of experience across the life span. *Development and psychopathology, 21*(3), 793-814.
- Blatt, S. J., & Shichman, S. (1983). Two primary configurations of psychopathology. *Psychoanalysis and Contemporary Thought, 6*(2), 187–254.
- Blatt, S. J., D'Afflitti, J. P., & Quinlan, D. P. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology, 85*(4), 383-389.

- Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Pilkonis, P. a, & Shea, M. T. (1995). Impact of perfectionism and need for approval on the brief treatment of depression: the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program revisited. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(1), 125–132.
- Borkovec, T. D., Alcaine, O., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice, 2004*.
- Borkovec, T. D., Metzger, R. L., & Pruzinsky, T. (1986). Anxiety, worry, and the self. In *Perception of self in emotional disorder and psychotherapy* (pp. 219-260). Springer US.
- Burgess, A. M., DiBartolo, P. M. (2015). Anxiety and Perfectionism: Relationships, Mechanisms, and Conditions. In F. Sirois & D. S. Molnar (Ed.), *Perfectionism, health, and well-being* (pp. 177-203).
- Burns, D. (1980). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today*, 34-52. Conoley, J. C., & Kramer, J. J. (Eds.). (1989). *The tenth mental measurements yearbook*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual review of psychology*, 61, 679-704.
- Ciesla, J. A., & Roberts, J. E. (2007). Rumination, negative cognition, and their interactive effects on depressed mood. *Emotion*, 7(3), 555.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Descheemaeker, M., Lowyck, B., Verhaest, Y., Luyten, P., & Vermote, R. (2013). Het verband tussen DSM-IV-as-II en de anaclitische en introjectieve persoonlijkheidsdimensies. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55(1), 9-19.
- Dunkley, D. M., Blankstein, K. R., Zuroff, D. C., Lecce, S., & Hui, D. (2006). Self-critical and personal standards factors of perfectionism located within the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, 40(3), 409-420.

- Dunkley, D. M., Solomon-Krakus, S., & Moroz, M. (2015). Personal Standards and Self-Critical Perfectionism and Distress: Stress, Coping, and Perceived Social Support as Mediators and Moderators. In F. Sirois & D. S. Molnar (Ed.), *Perfectionism, health, and well-being* (pp. 157-176).
- Egan, S. J., van Noort, E., Chee, A., Kane, R. T., Hoiles, K. J., Shafran, R., & Wade, T. D. (2014). A randomised controlled trial of face to face versus pure online self-help cognitive behavioural treatment for perfectionism. *Behaviour Research and Therapy*, *63*, 107-113.
- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, *31*(2), 203–212.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (in druk). The Clinical Perfectionism Examination (CPE).
- Fennell, M. J. (1997). Low self-esteem: A cognitive perspective. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *25*(1), 1-26.
- Flett, G. F., Nepon T., & Hewitt P. L. (2015). Perfectionism, Worry, and Rumination in Health and Mental Health: A Review and a Conceptual Framework for a Cognitive Theory of Perfectionism. In F. Sirois & D. S. Molnar (Ed.), *Perfectionism, health, and well-being* (pp. 121-156).
- Flett, G. L., Besser, A., Hewitt, P. L., & Davis, R. A. (2007). Perfectionism, silencing the self, and depression. *Personality and Individual Differences*, *43*(5), 1211-1222.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., & Dyck, D. G. (1989). Self-oriented perfectionism, neuroticism and anxiety. *Personality and Individual Differences*, *10*(7), 731-735.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K. R., & Gray, L. (1998). Psychological distress and the frequency of perfectionistic thinking. *Journal of personality and social psychology*, *75*(5), 1363.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K., & Gray, L. (1998). Psychological distress and the frequency of perfectionistic thinking. *Journal of Personality and Social Psychology*, *75*(5), 1363.

- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Garshowitz, M., & Martin, T. R. (1997). Personality, negative social interactions, and depressive symptoms. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 29(1), 28.
- Frost, R. O., & Marten, P. A. (1990). Perfectionism and evaluative threat. *Cognitive Therapy and Research*, 14(6), 559–572.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449–468.
- Halgin, R. P., & Leahy, P. M. (1989). Understanding and treating perfectionistic college students. *Journal of Counseling & Development*, 68(2), 222-225.
- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: A Journal of Human Behavior*, 15(1), 27-33.
- Hendrickx, M. (z.j.). *Bevrijd jezelf van perfectionisme: de OCP-methodiek*. Geraadpleegd op 13 maart 2017 via <http://www.bevrijdjezelf.be/nl/454-de-ocp-methodiek>
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *Journal of abnormal psychology*, 100(1), 98-101.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(3), 456–470.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (2002). Perfectionism and stress processes in psychopathology. In G.L. Flett, & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 255–284).
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Sherry, S. B., & Caelian, C. (2006). Trait perfectionism dimensions and suicidal behavior. In T. E. Ellis (Ed.), *Cognition and suicide: Theory, research, and therapy* (pp. 215–235).
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Sherry, S. B., Habke, M., Parkin, M., Lam, R. W., ... & Stein, M. B. (2003). The interpersonal expression of perfection: Perfectionistic self-presentation and psychological distress. *Journal of personality and social psychology*, 84(6), 1303.

- Hewitt, P. L., Mikail, S. F., Flett, G. L., Tasca, G. A., Flynn, C. A., Deng, X., Kaldas, J., & Chen, C. (2015). Psychodynamic/interpersonal group psychotherapy for perfectionism: Evaluating the effectiveness of a short-term treatment. *Psychotherapy, 52*(2), 205-217.
- Hill, R. W., Huelsman, T. J., & Araujo, G. (2010). Perfectionistic concerns suppress associations between perfectionistic strivings and positive life outcomes. *Personality and Individual Differences, 48*(5), 584-589.
- Hollender, M. H. (1965). Perfectionism. *Comprehensive psychiatry, 6*(2), 94-103.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureño, G., & Villaseñor, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(6), 885–892.
- Jacobs, R. H., Silva, S. G., Reinecke, M. A., Curry, J. F., Ginsburg, G. S., Kratochvil, C. J., & March, J. S. (2009). Dysfunctional attitudes scale perfectionism: a predictor and partial mediator of acute treatment outcome among clinically depressed adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 38*(6), 803-813.
- Kempke, S., Luyten, P., Van Houdenhove, B., Goossens, L., Bekaert, P., & Van Wambeke, P. (2011). Self-esteem mediates the relationship between maladaptive perfectionism and depression in chronic fatigue syndrome. *Clinical rheumatology, 30*(12), 1543-1548.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2010). The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *General Hospital Psychiatry, 32*(4), 345-359.
- Lakey, B., Tardiff, T.A., & Drew, J.B. (1994). Negative social interactions: Assessment and relations to social support, cognition, and psychological distress. *Journal of Social and Clinical Psychology, 13*(1), 42-62.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*.
- Lloyd, S., Schmidt, U., Khondoker, M., & Tchanturia, K. (2015). Can psychological interventions reduce perfectionism? A systematic review and meta-analysis. *Behavioural and cognitive psychotherapy, 43*(06), 705-731.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy, 33*(3), 335-342.

- Luyten, P., & Blatt, S. J. (2013). Interpersonal Relatedness and Self-Definition in Normal and Disrupted Personality Development Retrospect and Prospect. *American Journal of Psychiatry*, 68(3), 172–183.
- Luyten, P., Blatt, S. J., & Corveleyn, J. (1997). De Depressieve Ervaringen Vragenlijst (DEV) [Dutch translation of the Depressive Experiences Questionnaire]. Unpublished manual.
- Luyten, P., Sabbe, B., Blatt, S. J., Meganck, S., Jansen, B., De Grave, C., ... & Corveleyn, J. (2007). Dependency and self-criticism: relationship with major depressive disorder, severity of depression, and clinical presentation. *Depression and anxiety*, 24(8), 586-596.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the penn state worry questionnaire. *Behaviour research and therapy*, 28(6), 487-495.
- Molnar, D. S., Sirois, F., & Methot-Jones, T. (2015). Trying to Be Perfect in an Imperfect World: Examining the Role of Perfectionism in the Context of Chronic Illness. In F. Sirois & D. S. Molnar (Ed.), *Perfectionism, health, and well-being* (pp. 157-176).
- Neenan, M. (2009). *Developing resilience: A cognitive-behavioural approach*.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of abnormal psychology*, 100(4), 569.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of abnormal psychology*, 109(3), 504.
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of personality and social psychology*, 61(1), 115.
- Notelaers, G., De Witte, H., Van Veldhoven, M. J. P. M., & Vermunt, J. K. (2007). Construction and validation of the short inventory to monitor psychosocial hazards. *Médecine du Travail et Ergonomie*, 44(1), 11-17.
- Pirbaglou, M., Cribbie, R., Irvine, J., Radhu, N., Vora, K., & Ritvo, P. (2013). Perfectionism, anxiety, and depressive distress: Evidence for the mediating role of negative automatic thoughts and anxiety sensitivity. *Journal of American College Health*, 61(8), 477–483.

- Rice, K. G., Ashby, J. S., & Slaney, R. B. (1998). Self-esteem as a mediator between perfectionism and depression: A structural equations analysis. *Journal of counseling psychology, 45*, 304-314.
- Riley, C., Cooper, Z., Fairburn, C. G., & Shafran, R. (in druk). The Clinical Perfectionism Questionnaire (CPQ).
- Riley, C., Lee, M., Cooper, Z., Fairburn, C. G., & Shafran, R. (2007). A randomised controlled trial of cognitive-behaviour therapy for clinical perfectionism: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy, 45*(9), 2221-2231.
- Schaufeli, W. B. & Van Dierendonck, D. (2000). *Utrechtse Burn-out Schaal (UBOS): Testhandleiding*. Amsterdam: Harcourt Test Services.
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-Romá, V., & Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness studies, 3*(1), 71-92.
- Shafran, R., & Mansell, W. (2001). Perfectionism and Psychopathology: a Review of Research and Treatment. *Clinical Psychology Review, 21*(6), 879–906.
- Sherry, S. B., Mackinnon, S. P., & Gautreau, C. M. (2015). Perfectionists Do Not Play Nicely With Others: Expanding the Social Disconnection Model. In F. Sirois & D. S. Molnar (Ed.), *Perfectionism, health, and well-being* (pp. 225-243).
- Sirois, F. & Molnar, D. S. (2015). Conceptualizations of Perfectionism, Health, and Well-Being: An Introductory Overview. In F. Sirois & D. S. Molnar (Ed.), *Perfectionism, health, and well- being* (pp. 1-24).
- Slaney, R. B., Rice, K. G., Mobley, M., Trippi, J., & Ashby, J. S. (2001). The revised almost perfect scale. *Measurement and evaluation in counseling and development, 34*(3), 130.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Jama, 282*(18), 1737–1744.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine, 166*(10), 1092-1097.

- Weissman, A. N., & Beck, A. T. (1978). Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation.
- Wulleman, I. (2017). *Het effect van ontwikkelingsgericht coachen voor perfectionisme: Een pilootstudie* [masterproef]. KU Leuven, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen.
- Zuroff, D. C., Blatt, S. J., Sotsky, S. M., Krupnick, J. L., Martin, D. J., Sanislow III, C. A., & Simmens, S. (2000). Relation of Therapeutic Alliance and Perfectionism to Outcome in Brief Outpatient Treatment of Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(1), 114–124.