

HANDVATEN PROFESSIONALS

WETENSCHAPPELIJK GEFUNDEERDE INDICATIESTELLING

Annelies De Zaeytijd



BIJ WIE, WANNEER EN WAAROM
ZIJN DEZE OP GEWAARZIJN GEBASEERDE TECHNIEKEN
ZINVOL?

Handvaten professionals

Wetenschappelijke indicatiestelling

BIJ WIE, WANNEER EN WAAROM
ZIJN OP GEWAARZIJD GEBASEERDE TECHNIEKEN
ZINVOL?

1. Inleiding.....	3
2. Effectiviteitsonderzoek: bij welke problematieken werkt het en hoe zit het met online interventies?.....	4
1. Mindfulness	4
2. ACT.....	9
3. Zelfcompassie	11
3. Wanneer in het therapeutische proces integreren?.....	13
1. De attitude van de hulpverlener	13
2. Indiciestelling mindfulness: wanneer welke mindfulness oefeningen?	15
3. Wanneer welke ACT interventies inzetten?	27
4. Wanneer zelfcompassie oefeningen gebruiken?	35
4. Overzichtstabel indicatiestelling: SLOW	37
5. Referenties.....	39

1. Inleiding

De vaardigheden mindfulness, acceptatie en (zelf)compassie doordese men verschillende therapeutische stromingen. In het document 'Concepten en denkkader' (zie professionals pagina) geef ik een korte schets en ruimer kader van een aantal therapeutische stromingen die ook gebruik maken van op gewaarzijn gebaseerde technieken. Ik geef er de gemeenschappelijke noemer aan tussen deze en geef er vanuit (neuro)wetenschappelijk onderzoek een kort overzicht van de werkingsmechanismen van op de gewaarzijn gebaseerde technieken uit deze online leeromgeving. Ik geef er een korte samenvatting van de effecten van neuroplasticiteit die tevens het belang van oefenen aantoon. Vandaar de titel van deze online leeromgeving: vaardigleven.be: het werkt op zijn best als we het zien als een vaardigheidstraining. En je kan blijven oefenen. Als therapeut kan je hier zelf ook in oefenen, zoals we hieronder zien, helpt het ook hulpverleners tegen burnout. En als therapeut kan je zo vanuit je eigen ervaring, je cliënt coachen in het oefenen. Je belangrijkste opleiding hierin is dan ook je eigen oefenterrein.

2. Effectiviteitsonderzoek: bij welke problematieken werkt het en hoe zit het met online interventies?

Hier is een overzicht van enkele problematieken en studies. Let wel: dit overzicht is niet exhaustief, dat was binnen het tijdsbestek van dit opzet niet mogelijk. Daarvoor is een uitgebreide studie nodig van review studies. We wilden toch een overzicht geven van enkele effectiviteitsstudies omdat dit voor hulpverleners en gebruikers van de online leeromgeving een vertrouwen kan scheppen in de methodieken en de motivatie kan aanwakkeren. Hieronder geven we ook een inzicht in de wetenschappelijke bevindingen van oefentijd, oefenkwaliteit en oefenfrequentie.

1. Mindfulness

In een overzicht van verschillende wetenschappelijke studies in de laatste decennia blijkt dat mindfulness een positief effect heeft op vlak van psychisch welzijn, fysisch welzijn en cognitieve performance (Tang et al., 2015). Meta-analyses toonden dat op mindfulness gebaseerde interventies effectief zijn bij depressie en angst in niet-klinische en klinische populaties (Abbott et al., 2014; Bohlmeijer et al., 2010; Cavanagh et al., 2014; Cramer et al., 2012; Hofmann, Sawyer, Witt & Oh, 2010; Khoury et al., 2015; Klainin-Yobas et al., 2012; McCarney et al., 2012; Piet et al., 2012; Strauss et al., 2014; Veehof et al., 2011; Vollestad et al., 2012; Zainal et al., 2013).

Niet-klinische populatie

Mindfulness-based interventies hebben positieve effecten bij:

- **Psychisch welzijn** (Brown et al., 2003; Keng et al., 2011)
 - Verbetert *gedrags-zelf-regulatie* (Lykens et al., 2009)
 - Modificeert *gestoord zelfbeeld* (Goldin et al., 2009)
 - Verbetert het *wilsmatig richten van de aandacht* (Jha et al., 2007).
- **Stress** (Bohlmeijer et al., 2010; Khoury et al., 2015; Heckenberg et al., 2018; Chiesa et al., 2009; Evans et al., 2008; Segal et al., 2002; blijkt ook uit meta-analyse van meerdere studies: Grossman et al., 2004).
- **Cognitieve performance** (Tang et al., 2015)

Klinische populatie

Op fysiek vlak:

- **Pijn** (Bohlmeijer et al., 2010; Khoury et al., 2015 en een review van 47 studies: Goyal et al., 2014)
 - Chronische pijn (Nahin, et al., 2011)
 - Uit een review van 21 studie blijkt mindfulness even effectief te zijn als pijnmedicatie en zonder negatieve bijwerkingen (Veehof et al., 2011).
- **Omgaan met gezondheidsproblemen** (Grossman et al., 2004).
- **Immuunsysteem** (Davidson et al., 2003; Heckenberg et al., 2018)
- **Hart en vasculaire problemen** (Brook et al., 2015)
- **Infecties**
 - Na 8 weken training werd op lange termijn (tot 4 maand na de training) minder infecties gevonden in het bloed (Creswell et al., 2016).
- **Minder snelle veroudering**
 - op cellulair niveau (Conklin et al., 2018)
 - Minder snel verlies van grijze hersenmassa (Pagnoni et al., 2007)

Bij psychische problemen (Davis et al., 2012; Goyal et al., 2014; Chiesa et al., 2011; Klainin-Yobas et al., 2012; McCarney et al., 2011; Strauss et al., 2014; Vollstaed et al., 2012)

- **Depressie** (Bohlmeijer et al., 2010; Khoury et al., 2015; Chiesa et al., 2009; Evans et al., 2008; Segal et al., 2002; Kuyken et al., 2008; Zhang et al., 2015).
 - Uit een review van 47 studies blijkt dat mindfulness (na 8 weken training) **even effectief is als antidepressieve medicatie** (Goyal et al., 2014).
- **Angst** (Bohlmeijer et al., 2010; Khoury et al., 2015; Chiesa et al., 2009; Evans et al., 2008; Segal et al., 2002; Chen et al., 2012; Zhang et al., 2015; Goyal et al., 2014).
- **Sociale angst** (SAD: Social Anxiety Disorder) (Goldin et al., 2010; Koszycki et al., 2007; en meta- analyse van meerdere studies: Alcazar et al., 2002)
 - vooruitgang in angst, depressieve symptomen en zelfwaardering
 - minder rumineren
 - **ademfocus** (Goldin et al., 2010):
 - minder negatieve emoties
 - minder amygdala activiteit
 - meer activiteit in de hersenregio's gekend voor aandacht

- *Gegeneraliseerde angst* (GAD: Generalised Anxiety Disorder) (Hölzel et al., 2011)
- *Bipolaire stoornis* (Haase et al., 2015)
- *Psychose* (Chadwick, 2005; Chadwick et al., 2009).
- *PTSS* (Kummar et al., 2019; Banks et al., 2015; Banks et al., 2015; Khusid, 2016; Stephenson et al., 2016; King et al., 2013)
- *Burnout* (Vella & McIver, 2018)
- *Slaapproblemen* (Zhou et al., 2017)

Mindfulness of placebo-effect? Effecten in onze hardware

Bij een onderzoek naar het placebo-effect van mindfulness (Creswell et al., 2016) werden enkel in de mindfulness groep significante veranderingen in het brein gevonden. En dit terwijl zowel de mindfulness groep als de placebo groep aangaven zich beter te voelen.

Hoeveel oefenen om een effect te hebben?

Een meta-analyse (Gotink et al., 2016) van verschillende mindfulness studies toont aan dat **8 weken oefenen voor 20 minuten per dag**: positieve effecten heeft op gedrag en emoties, gepaard gaande met meetbare veranderingen in de structuur en functie van het brein (prefrontale cortex, cingulaire cortex, insula, hippocampus). Formele praktijk (vb zitten voor 15 min) is belangrijker dan informele oefeningen of integratie oefeningen in het dagelijkse leven (Goldberg et al., 2019).

Mensen oefenen minder dan hen wordt aangeraden tijdens de sessies. Er is een kleine tot gemiddelde maar toch significante associatie tussen formele praktijk (mindfulness meditatie oefeningen) en positieve resultaten na de training (Parsons et al., 2017). Meer formele thuispraktijk wordt geassocieerd met grotere reducties in psychische symptomatologie (Parsons et al., 2017).

Hoewel praktijk tijd belangrijk is, is dit slechts in de mate waarin het de praktijk **kwaliteit** bevordert, in de zin van implementatie van mindfulness vaardigheden tijdens de praktijk periodes (Del Re et al., 2013; Goldberg, Del Re, et al., 2014). De link tussen praktijk tijd en verbetering in mindfulness en psychische symptomatologie, blijkt uit onderzoek gemedieerd te zijn met praktijk kwaliteit (Goldberg et al., 2019). Een duidelijke inzet en engagement tijdens de meditatieperiode is dus nodig (Goldberg et al., 2019). Deze resultaten wijzen er echter niet op dat praktijk tijd onbelangrijk zou

zijn (Goldberg et al., 2019)! Ook het regelmatig oefenen speelt een rol in de effectiviteit (Clarke et al., 2020).

Waarover gaat deze oefenkwaliteit nu precies (Del Re et al, 2013)?

- Tijdens het oefenen probeerde ik terug te keren naar mijn huidige ervaring, of die nu onaangenaam, aangenaam, of neutraal was.
- Tijdens het oefenen probeerde ik terug te keren naar elke ervaring, hoe onaangenaam deze ook was, dit met het gevoel: 'Het is oké om dit te ervaren'.
- Tijdens de oefening probeerde ik elke ervaring te voelen als 'pure' sensaties in het lichaam (spanning in de keel, beweging in de buik, enz.).

Online mindfulness interventies

De integratie van technologie en smartphone in alle onderdelen van ons leven, geven de mogelijkheid tot het ontwikkelen van nieuwe vormen van mentale welzijnsinterventies (Weinstein et al., 2014). Digitale mentale welzijnsinterventies zoals online mindfulness meditatie programma's, of apps worden dan ook meer en meer gebruikt door het algemene publiek, alsook in de klinische setting (Laurie & Blandford, 2016). Mindfulness is een groeiend gebied in het veld van e-mental health.

Online mindfulness interventies toonden positieve resultaten (Glück & Maercker, 2011; Cavanagh et al., 2013; Krusche et al., 2013; Spijkerman & Bohlmeijer, 2016), dit werd bevestigd in meta-analyse studies (Cavanagh et al., 2014; Gotinck et al., 2015; Spijkerman et al., 2016). **De resultaten werden gemedieerd door het aantal online sessies die een deelnemer volgde** (Spijkerman et al., 2016).

Gebruikers konden vrij snel de principes van mindfulness begrijpen, internaliseren en toepassen bij moeilijke situaties in hun dagelijkse levens (Morris et al., 2010).

Online mindfulness interventies kunnen ook geïntegreerd worden in andere (online) psychotherapeutische interventies (Bohlmeijer et al., 2010; Veehof et al., 2011), dit noemen we *blended care*.

Er is groeiend bewijs voor zowel online als blended (online integreren met face-to-face) interventies bij **angst** (Cuipers et al., 2009), **depressie** (Griffiths et al., 2010; Howells et al., 2014) en **stress** (Rose et al., 2013). Verschillende RCT's (= Randomized Controlled Trials) toonden empirisch bewijs voor de effectiviteit van online mindfulness-based interventies voor geestelijke gezondheidszorg (Boettcher et al., 2014; Burhman et al., 2013; Dowd et al., 2015; Ly et al., 2014; Zernicke et al., 2014). Als

deelnemers dagelijks mindfulness oefenen via het internet thuis, werd een significante daling in symptomen van stress, depressie, angst en slapeloosheid in vergelijking met een controle groep. Er werden statistisch significante veranderingen in positief affect en gereduceerde depressieve symptomen gevonden (Howells et al., 2014). Online mindfulness programma's voor depressieve en angststoornissen toonden zowel onmiddellijke als **lange termijn effecten** (Griffiths et al., 2010; Krusche et al., 2013).

Ook bij **bipolaire stoornissen** werd een significante vooruitgang gevonden in levenskwaliteit bij een online zelfhulp mindfulnessstraining. Hier werd ook een lichte verbetering in stress, angst en depressieve, maar deze waren niet significant (Murray et al., 2015). Toch is enige **voorzichtigheid geboden** bij mensen met hoge manie of een diepe depressieve fase in bipolaire stoornis. Ook voor mensen met een achtergrond van trauma of gebrek aan sociale steun of psychische begeleiding wordt toch de nodige voorzichtigheid aangeraden bij langere retraites of langere meditatie oefeningen (Murray et al., 2015).

Op de **werkvloer** werden verhoogd subjectief gevoel van welzijn en verminderde werkdruk + non-significante trend in lagere bloeddruk na 8 weken training gevonden (Bostock & Steptoe, 2013).

Een korte online mindfulness **zelfhulp** 2-weken-interventie bij 104 studenten bleek mindfulness te verbeteren, alsook stress, angst en depressieve symptomen te verminderen. De veranderingen in mindfulness medieerden de veranderingen in psychische symptomatologie (Cavanagh et al., 2013). Dus zelfs kortere zelfhulp mindfulness-based interventies blijken al effecten te vertonen (Glück & Maercker, 2011; Krusche et al., 2012, in Cavanagh et al., 2013).

Andere studies toonden aan dat **online of onsite mindfulness interventies** geen verschil toonden in efficiëntie en effectiviteit. Mindfulness hielp mensen om te gaan met angst en pijn (Garrido-Torres et al., 2016).

2. ACT

Uit effectiviteitsonderzoek blijkt dat ACT interventies positieve effecten hebben op:

- **algemeen welzijn**: psychisch, emotioneel, sociaal (Räsänen et al, 2016; Levin et al, 2017; Puolakanaho et al, 2018 in: Lappalainen & Lappalainen, 2020)
- **beter zelfvertrouwen** (Räsänen et al, 2016; Levin et al, 2017; Puolakanaho et al, 2018 in: Lappalainen & Lappalainen, 2020)
- **betere mindfulness** (Räsänen et al, 2016; Levin et al, 2017; Puolakanaho et al, 2018 in: Lappalainen & Lappalainen, 2020)
- **verminderde stress** (Räsänen et al, 2016; Levin et al, 2017; Puolakanaho et al, 2018 in: Lappalainen & Lappalainen, 2020)

ACT is geïndiceerd bij een grote groep niet-klinische en klinische populaties, zoals werk gerelateerde stress, chronische pijn, stress bij terminale kanker, depressie, OCD (=Obsessive Compulsive Disorder), angst, automutilatie, eetproblematiek, angst, PTSD, anorexia, heroïne verslaving, marihuana misbruik, en schizofrenie (Harris, 2006; Tirch et al., 2014).

- **chronische pijn** (Trompetter et al, 2015 in: Lappalainen & Lappalainen, 2020)
- **depressie** (zo blijkt uit een overzichtsonderzoek van 10 RCT's door Brown et al, 2016 in: Lappalainen & Lappalainen, 2020; Sairanen et al 2019 in: Lappalainen & Lappalainen, 2020)
- **angst** (zo blijkt uit een overzichtsonderzoek van 10 RCT's door Brown et al, 2016 in: Lappalainen & Lappalainen, 2020; Sairanen et al 2019 in: Lappalainen & Lappalainen, 2020)
- **gegeneraliseerde angst** (Dahlin et al 2016: in Lappalainen & Lappalainen, 2020)
- **slaap problemen** (Lappalainen, et al, 2019 in (Lappalainen & Lappalainen, 2020)
- **burnout** depressie, angst, (Sairanen et al 2019 in: Lappalainen & Lappalainen, 2020)
- **hallucinaties** of **wanen** (48% minder hospitalisaties ACT behandeling. Deze outcome was geassocieerd met significante daling in geloofwaardigheid maar niet de frequentie van psychotische symptomatologie (Bach, 2000 in: Hayes, 2002)

Positieve psychologische en gedragsuitkomsten in ACT werden geproduceerd door het accepteren van voordien vermeden innerlijke ervaringen (Bond & Bince, 2000 in: Hayes, 2002).

ACT online

Ook voor **ACT online** interventies zijn de resultaten positief (Trompetter et al., 2014; Pots et al., 2016), zo blijkt ook uit meta-analyse studies (Davies et al., 2014 in Räsänen et al., 2016). Online ACT interventies hebben een positief effect op **depressieve** symptomatologie en **stress** (Pistorello, 2013; Levin et al., 2014; Lappalainen et al., 2014 in: Räsänen et al., 2016), maar ook op vlak van algemene gezondheid, levenstevredenheid, psychologische flexibiliteit en mindfulness (Lappalainen et al., 2015). Opmerkelijk genoeg werd er ook een **betere outcome gevonden bij online dan bij face to face interventies** (Lappalainen & Lappalainen, 2020).

Onderzoek toont aan dat een **7 weken online ACT format** (Lappalainen et al., 2014) blended met 2 FTF meetings en persoonlijke wekelijks geschreven feedback op oefeningen, een effectieve strategie is bij depressie, angst en stress (Räsänen et al., 2016). De verminderde depressieve symptomen en stress en de verbeterde levenstevredenheid, zelfvertrouwen en mindfulness bleven ook behouden **bij 12 maand follow up** onderzoek (Räsänen et al., 2016).

Een online interventie kan als *stand-alone* interventie doorgaan of geïntegreerd worden in andere geestelijke gezondheidsservices. Het kan ook als een precounseling tool aangeboden worden (Räsänen et al., 2016).

Maar hier blijkt dan weer dat als **er (minimale) support van therapeuten is bij online behandelingen**, deze effectiever zijn (Lappalainen et al., 2015 in: Lappalainen & Lappalainen, 2020; Räsänen et al., 2016).

3. Zelfcompassie

Lage niveaus in zelfcompassie en hoge niveaus in zelfkritiek voorspelden telkens psychologische symptomatologie in longitudinale studies (Krieger et al., 2016; Sbarra et al., 2012; Terry et al., 2013; Luyten et al., 2007; Dunkley et al., 2009). Zelfcompassie blijkt een belangrijke factor in **veerkracht** en is geassocieerd met **positief affect en welzijn** (Trompetter et al., 2016; Krieger et al., 2015; Neff & Vonk, 2009; Zessin et al., 2015). Studies tonen ook correlaties tussen zelfcompassie en autonomie, competentie, optimisme, nieuwsgierigheid, initiatiefname en positief affect (Neff et al., 2005) alsook meer relatievoldoening en veilige hechting (Neff, 2009).

Wetenschappelijk onderzoek naar zelfcompassietraining alsook in combinatie met neuro-imaging onderzoek toont de effectiviteit van het trainen van de geest in compassie (Tirch et al., 2014). In een overzichtsonderzoek van verschillende studies van Hofmann et al. (2011) werd vastgesteld dat liefdevolle vriendelijkheidsmeditatie (zie module Emoties luik 8) en compassie (zie module Emoties, luik 9) potentieel bruikbare strategieën zijn om verschillende psychologische problemen aan te pakken. Uit zelf-rapporteringsonderzoek, experimenteel en interventiegericht onderzoek alsook uit meta-analyse van wetenschappelijk onderzoek blijkt dat meer zelfcompassie gelinkt is aan *minder angst, stress en depressie*, alsook met een *vermindering in het stress-hormoon cortisol* (Neff, 2003a; Adams & Leary, 2007; Kelly et al., 2009; Shapira & mongrain, 2010; Neff et al., 2007; MacBeth & Gumley, 2010; Rockcliff et al., 2008). Zelfcompassietraining reduceert niet alleen **depressieve** symptomen significant, maar leidt ook tot meer mindfulness (Bartels-Velthuis et al., 2016). Compassie helpt ook bij *eetproblemen, angst stoornissen, bipolaire stoornissen, stoppen met roken, schaamte, zelfkritiek...* (Gilbert & Procter, 2006; Gilbert, 2010b; Gilbert, 2010a; Kelly et al., 2009). Zelfcompassie verbetert ook *interpersoonlijke relaties* (Yarnell & Neff, 2012; Neff & Beretvas, 2012).

Enkel **de metta** of **liefdevolle vriendelijkheidsmeditatie** gedurende 8 weken beoefenen, had al een significant effect op pijn en psychische stress (Carson et al., 2005 in: Baer, 2010) en toonde meer positieve emoties, mindfulness, het gevoel een doel in het leven te hebben, verbondenheid met anderen (Hutcherson et al., 2008 in: Baer, 2010), meer levenstevredenheid en minder depressieve symptomen (Fredrickson et al., 2008 in: Baer, 2010). Ook het onderzoek naar liefdevolle vriendelijkheidsmeditatie uit het

Tibetaans boeddhisme toont een vermindering in negatieve emotie en geeft een gezonder immuun systeem (Pace et al., 2009 in: Baer, 2010).

Online zelfcompassie

In een 7 sessies online Mindfulness-Based-Compassionate-Living (MBCL) programma dat voornamelijk self-guided was stegen zelfcompassie, mindfulness, zelf-geruststelling en levenstevredenheid significant. Inadequaat zelf, gehate zelf, percipieerde **stress** en angst voor zelfcompassie daalden significant. Deze resultaten bleken stabiel over 6 weken in follow-up onderzoek. (Krieger et al., 2016). *Deze resultaten zijn vergelijkbaar met een face to face groepsformat in een gelijkaardige groep mensen* (Krieger et al., 2016).

Tijd gespendeerd in het programma (luisteren naar audio-instructies en oefeningen) voorspelde significant de uitkomst in zelfcompassie bij postmeting, eerder dan het aantal doorlopen modules. Het programma doorlopen zonder de oefeningen te doen is dus zinloos (Krieger, 2016). Dit is volledig in lijn met de filosofie van deze online leeromgeving, waar we oefenen als *siné qua non* zien voor vaardigheidstraining. Veel belangrijker dan erover lezen of horen (van je therapeut), is het ervaringsgericht aan de slag gaan.

Ook korte online interventies voor zelfcompassie, zonder tussenkomst van een therapeut of coach, toonden *reeds belovende resultaten* (McEwan & Gilbert, 2015; Kelly et al., 2009; Shapira & Mongrain, 2010).

3. Wanneer in het therapeutische proces integreren?

Hieronder geven we een korte schets van wat we in de wetenschappelijke literatuur vonden omtrent mindfulness en ACT en welke oefeningen of technieken we wanneer kunnen inzetten bij mensen. Ook hier betreft het geen exhaustief overzicht van de wetenschappelijke literatuur, maar trachten we de hulpverlener een aantal handvaten te geven.

1. De attitude van de hulpverlener

Als hulpverlener is het belangrijk om zelf in deze vaardigheden te trainen. Niet alleen omdat dit leerproces ervaringsgericht is, en je zo beter vanuit je eigen ervaring met deze training, je cliënt kan helpen. Maar ook omdat deze vaardigheden op zich een betere hulpverlener van ons maken én ons tevens beschermen tegen burnout.

Mindfulnessstraining had bij therapeuten in opleiding als effecten: vermindering in stress, negatief affect, angst, ruminatie, en een vermeerdering in positief affect, mindfulness en zelfcompassie (Shapiro et al., 2007).

Gezondheidswerkers (artsen, verpleegkundigen, social workers, kinesitherapeuten, psychologen) die een mindfulnessstraining volgden, toonden een hogere zelfcompassie en minder stress. Bovendien medieerde hogere zelfcompassie de stressreductie (Shapiro et al., 2005). Mindfulnessstraining bij hulpverleners verhoogt ook de vriendelijkheid naar zichzelf toe (wat een onderdeel van zelfcompassie is) (Moore, 2008 in: Baer, 2010)

Compassie draagt niet alleen bij tot een grotere emotionele en fysieke gezondheid, maar ook tot een grotere affect- en stresstolerantie en een grotere bereik voor effectieve respons op stresserende situaties (Tirch et al., 2014). Het kunnen dragen van de emoties van onze cliënten wordt er dus mee versterkt.

Onderzoek suggereert dat zelfcompassie een belangrijke vaardigheid is voor hulpverleners en gezondheidswerkers (Barnard & Curry, 2012) die vaak *burnout* ervaren vanwege overexposure aan de pijn van anderen. De verklaring die hiervoor gegeven wordt is dat mensen met meer zelfcompassie minder persoonlijke stress

ervaren als ze geconfronteerd worden bij het lijden van anderen (Neff & Tirch, 2013). Studies tonen meer bepaald dat liefdevolle vriendelijkheidsmeditatie voor hulpverleners (psychologen, verpleegkundigen, artsen, ...) en leraren, preventief is tegen burnout (Bateson et al., 1981 In: Laureys, 2019).

Compassie of mededogen heeft een positief effect bij jezelf als hulpverlener dan empathie of medelijden, wat negatievere gevolgen heeft en kan leiden tot emotionele uitputting. Als hulpverlener is het hebben van mededogen in tegenstelling tot medelijden, beschermend tegen burnout. Er is heel veel onderzoek gebeurd, onder andere door Tania Singer rond het verschil tussen empathie en compassie. Compassie toont de activatie van heel andere regio's in het brein. Het zijn heel verschillende mentale staten. Waar empathie bij lijden, hersenregio's gepaard gaande met pijn doen oplichten (medelijden), doet compassie hersenregio's oplichten die geassocieerd worden met geluk (Altruism, the power of compassion, Mattieu Ricard in: Laureys, 2019).

Ook ACT is een ervaringsgericht leerproces, dat je al doende leert. Als je met ACT wil beginnen als hulpverlener zal je dit persoonlijk bij jezelf moeten toepassen (Hayes, 1999). Zo kan je aan de lijve ondervinden dat defusie bvb heel makkelijk gezegd is, maar niet altijd even makkelijk toe te passen als je last hebt van hele oude moeilijke gedachtepatronen en kan je je cliënt beter coachen. Ook ACT zou burnout bij hulpverleners verminderen (Hayes et al., 2004).

Defusie gaat er ook over dat we als therapeuten even uit onze eigen theorieën kunnen stappen en onze aandacht open te houden voor andere therapeutische scholen (Tirch et al., 2014). Maar vooral ook dat we onze aandacht kunnen verplaatsen naar het hier en nu van de cliënt, terwijl we onze interpretatiekaders eventjes tussen haakjes plaatsen en ze zelfs kunnen laten bijstellen door die realiteit van de cliënt. Zeker voor ons als therapeuten psychologische flexibiliteit dus van belang om een goeie therapeut te zijn. In ACT wordt vaak gezegd: we zitten allemaal in hetzelfde schuitje of je nu therapeut bent of mens. We hebben allemaal onze eigen innerlijke demonen waar we aan de slag mee kunnen.

Ook focusing is een leerproces waar je ervaringsgericht mee aan de slag moet gaan om het te kunnen leren. Ook hier is je eigen ervaring met de oefeningen als therapeut cruciaal in de begeleiding van je cliënten.

2. Indicatiestelling mindfulness: wanneer welke mindfulness oefeningen?

De training van mindfulness wordt gekenmerkt door formele zitmeditatie en informele toepassing in het dagelijks leven wat tot verhoogde emotieregulatie en verbeterd welzijn leidt (Wielgosz et al., 2019).

Mindfulness wordt onderverdeeld in twee specifieke vormen van non-elaboratieve, non-conceptuele aandachtsgesrichte meditaties (Ludwig & Kabat-Zinn, 2008 in Farb et al., 2012; Lutz, Slagter, Dunne, & Davidson, 2008: in Goldin et al., 2010):

1. gefocuste aandacht:

- a. aan de hand van een object als anker in het hier en nu (vb de sensaties van de adem),
- b. inclusief een continue assessment van de kwaliteit van de aandacht, eerder dan in het geheugen roeren en cognitieve elaboratie.

2. open monitoring:

- a. loutere observatie van gelijk welke ervaring in het hier en nu (emoties, gedachten, fysische sensaties), zonder expliciete focus,
- b. **gelijkmoedige aandacht op niet-reactieve manier**, niet-oordelend (Goldin et al., 2010)

Ook bij de sensory awareness techniek uit de *cliëntgerichte benadering* leert de cliënt opmerkzaam te zijn voor de inhoud en de vorm van het dynamische veranderingsproces in zijn/haar organisme in verbinding met de buitenwereld. De aandacht is ook hier eerder *free-floating*. Het laten gebeuren en toestaan van wat zich aandient staat centraal, eerder dan gerichte aandacht (open awareness) (Tophoff, 2005).

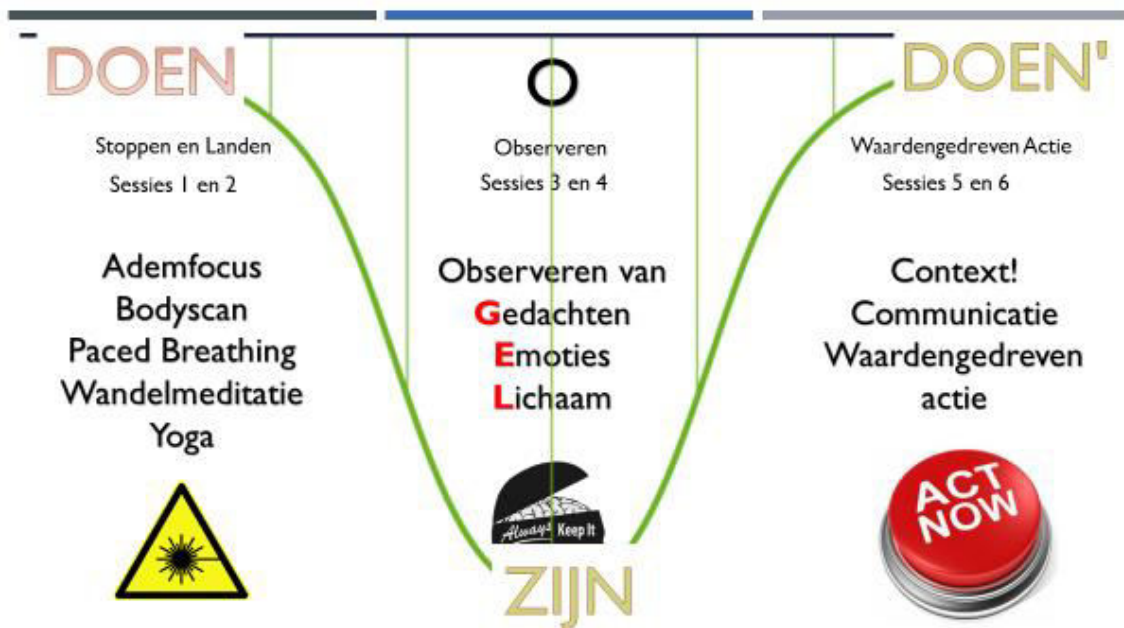
Het doel bij mindfulness is uiteindelijk ook de aandacht te verbreden eerder dan te focussen op een object. De mindfulnesspraktijken voor gefocuste aandacht of concentratie (via een object) zijn wel deel van het begin van het aanleren van mindfulness (vb. bodyscan, ademfocus) om *de aandacht te trainen*, zo blijkt uit neurowetenschappelijk onderzoek (Farb et al., 2012).

In een eerste trainingsfase gaan we dus de aandacht leren stabiliseren. Uit neurowetenschappelijk onderzoek naar de ademfocus werden onder andere volgende effecten vastgesteld (Goldin et al., 2010):

- minder negatieve emoties
- minder amygdala activiteit
- meer activiteit in de hersenregionen gekend voor aandacht

In een *eerste fase* werd de aandacht dan reeds getraind en heeft die enige stabiliteit, waardoor de aandacht bij de oefeningen uit de tweede fase minder snel meegesleurd word in een *tweede fase* van training waarbij er een open aandacht getraind word. In deze eerste fase zijn concentratiepraktijken nodig via fysieke sensaties (vb bodyscan, sensaties van de adem bij ademfocus) om zo de continue flow aan veranderlijke sensorische ervaringen in het huidige moment waar te nemen (Farb et al., 2012). Eens na een eerste fase in mindfulness training deze aandacht stabielier getraind is, wordt deze getrainde aandacht ook gebruikt om habituele patronen van evaluatie te verminderen. Hierdoor gaat cognitieve ruminatie verminderen (Ramel et al., 2004 in: Farb et al., 2012). Dit doen we via meer **open monitoring** praktijken met aandacht voor alle sensaties, gedachten, emoties (Farb et al., 2012).

We kunnen dit samenvatten in volgende figuur (Björn Prins): SLOW : Stoppen, Landen, Observeren, Waardengedreven actie.



Fase 1: stoppen en landen / stabiliseren

In een eerste fase gaan we via concentratie praktijken aan de hand van een aandachtsfocus, de aandacht trainen. De oefeningen in de online leeromgeving hiervoor kunnen we terugvinden in de module 'Mindful hier en nu': luik1 tot en met luik 7:

- luik 1: de zintuigen
- luik 2: de bodyscan
- luik 3: de ademfocus
- luik 4: de adempauze
- luik 5: de stapmeditatie
- luik 6: lichaamssensaties
- luik 7: mindful bewegen.

Ook in deze oefeningen zit een opbouw. De makkelijkste ingangspoorten zijn deze die mensen helpen uit hun hoofd in het hier en nu te stappen. Zo werken we aanvankelijk met de zintuigen en de bodyscan. De focus hier is een letterlijk anker in het hier en nu. Zo ook met de ademfocus, waarbij de sensaties van het ademen de aandachtsfocus vormen. Je kan hier kijken wat voor jouw cliënt werkt. Sommige mensen met lichamelijke trauma's vinden de bodyscan een moeilijke ingangspoort. Mensen met hyperventilatie kunnen dan weer de ademfocus een moeilijke ingangspoort vinden. Dat is geen probleem, dan geef je gewoon een andere oefening mee uit deze luiken. Zie wat werkt bij jouw cliënt.

In elke luik vind je introductie oefeningen, verder oefenen en oefeningen voor gevorderden. Het verschil tussen deze oefeningen, is dat we bij de intro-oefeningen, minder stiltes laten, en meer instructies. We gaan de mensen dus meer bij de hand nemen en structuur en houvast geven bij het oefenen. Zeker bij beginners is dit van belang. Hieronder zullen we zien, dat dit bij sommige zwaardere pathologie, blijvend van belang zal zijn, omdat mensen daar makkelijker overspoeld worden door gedachten en emoties en erin meegesleurd worden. Daar blijft het oefenen in stabiliteit van belang.

Eens de aandacht al wat geoefend is, kunnen we overgaan naar de oefeningen 'verder oefenen' en oefeningen 'voor gevorderden', waar er minder instructies gegeven worden en er langere stiltes zijn, opdat mensen meer tijd krijgen om de aandacht op zichzelf te trainen. Je kan ook de oefeningen uit luik 10 'Integratie in het dagelijkse leven' gebruiken om de transfer te maken naar het dagelijkse leven.

In luik 4: de adempauze, werken we in kortere oefeningen (van 3, 6 of 9 minuten) volgens het principe: erkennen wat er als leeft in je innerlijke, en terug contact maken met het hier en nu in 3 stappen. Dit is zinvol om verder de opmerkzaamheid te gaan oefenen en de aandacht te gaan verrijken. Deze oefening kan je samen met je cliënt tijdens een face-to-face sessie doen om ervaringsgewijs te ondervinden wat het met je doet en je cliënt te motiveren thuis verder te oefenen. In de adempauze met stress gaan we ook aandacht hebben voor het labelen van gedachten, emoties en sensaties. Dat

biedt mensen een extra houvast. Je gaat als het ware met een duikboot even in je innerlijke wereld kijken wat er zoal gaande is aan gedachten, emoties en sensaties. Om dan de aandacht terug bij de adem en het lichaam te centeren als anker in het hier en nu. Dit is ook een hele goeie oefening als ingangspoort bij je cliënt of om de brug te maken naar het dagelijkse leven van je cliënt.

Vanaf luik 5-7, de stapmeditatie, lichaamssensaties en mindful bewegen gaan we deze stabiliteit verder verrijken. We blijven nog steeds met een soort van aandachtsfocus, maar ietsje ruimer al. We blijven hier ook nog steeds bij de lichaamssensaties, maar gaan ook al bij onaangename sensaties leren aanwezig blijven (vb pijn, jeuk, stretch). Deze oefeningen zijn zeker ook aan te raden voor doorwinterde piekeraars, om je zo telkens uit je hoofd en in je lijf te laten stappen.

Dit is een belangrijke vaardigheid die we nodig hebben bij de volgende fase van open aandacht.

Fase 2: open aandacht / observeren

In deze fase gaan we verder op het elan van stabiliteit verrijken. Hier gaan we werken met nog minder structuur en minder anker in het hier en nu. Daarvoor is dus een reeds getrainde aandacht nodig. Deze oefeningen vinden we in de module 'Mindful hier en nu' van luik 8-10.

- luik 8: de aandacht uitbreiden
- luik 9: naar binnen leren kijken
- luik 10: open gewaarzijn.

In luik 8 gaan we de aandacht en opmerkzaamheid verder oefenen, door onze focus uit te breiden van de sensaties van de adem en het lichaam, naar ook gedachten en emoties. In luik 9 gaan we specifiek onze getrainde opmerkzaamheid gaan gebruiken bij het waarnemen van onze gedachten en emoties. Een mooie overgangsoefeningen hierin is de oefening 'Geluiden, gedachten emoties'. In luik 10 nemen we geen aandachtsfocus meer als anker, maar gaan we free-floating aandacht oefenen voor alles wat zich hier en nu aandient: of het nu lichaamssensaties zijn, geluiden, gedachten of emoties: we gaan gewoon open monitoren wat er zich allemaal in onze ruimte van gewaarzijn afspeelt.

In deze fase van open aandacht leren we zelf als observerende verbanden te leggen tussen onze interpretaties, gedachten, emoties en lichaamssensaties. Dit wordt een

ander soort leren, waarbij je bijleert over jezelf vanuit je ervaring, vanuit het niet-oordelend observeren van wat er in jezelf gebeurt. Dit geeft een boost aan de therapie, waarbij de cliënt vanuit zijn eigen ervaring zijn eigen coach wordt. Vanuit het weten of de wijsheid dat via observatie (SLOW) gegenereerd wordt, kan Wijze actie of Waardengerichte actie ontstaan (SLOW).

We kunnen deze fase nog onderverdelen in het trainen van een aantal deelaspecten.

Zelf als context trainen

In fase 2 kunnen we parallel ook oefenen met zelf als context, via oefeningen uit de module 'Zelf als context'.

Tijdens fase 1 zien we gedachten als afleiding: we merken ze op en keren terug naar het hier en nu via een anker, namelijk onze aandachtsfocus. In fase 2 leren we ook kijken naar gedachten. Je merkt een gedachte op en kan ernaar kijken, je kan ze ook labelen als: 'een gedachte', om dan in fase 1 terug te keren naar je aandachtfocus, of in fase 2 de gedachte zelf als aandachtsfocus te nemen. Eens je naar een gedachte kan kijken, val je er niet meer mee samen. Je fuseert er niet meer mee, maar kijkt ernaar vanuit een ander perspectief, een punt van afstand. Dit punt van afstand kunnen we zelf als context noemen. De gedachte, zoals een idee over wie je zelf bent, of wie de ander is, heten we zelf als inhoud.

Je kan ACT-interventies gebruiken in je sessie, om mensen enige voeling te doen krijgen met iets zoals zelf-als-context, zoals post-its met inhoudende klevens op jezelf (zie oefening 'Jezelf labelen'). Maar Zelf als context kan je ook verder trainen aan de hand van vaardigheidstraining. In luik 1 (in de module Zelf als context), krijg je wat psycho-educatie over wat Zelf als context is. In luik 2 krijg je oefeningen ter introductie van zelf als context. De oefening 'Jezelf als dragende ruimte' komt uit de focusing traditie en geeft extra aandacht aan de embodiment op een milde warme vriendelijke manier van zelf als context. In luik 3 het observerende zelf kan je verder gaan trainen. Deze oefeningen kan je gerust blijven doen. Luik 4 gaat zelf-als-context trainen via metaforen: de berg, de boom, het meer. Voor sommige mensen is dit een makkelijke ingangspoort. Anderen vinden werken met metaforen dan weer moeilijker. Luik 5 is voor de echte fans die graag deze vaardigheid verder trainen. Er zitten ook oefeningen bij met extra aandacht voor liefdevolle vriendelijkheid.

Hier is een sterke overlap met de oefeningen 'Open gewaarzijn' uit luik 10 van de module 'Mindful hier en nu'. Het verschil hier is dat deze oefeningen uit de ACT komen

en expliciete aandacht geven aan zelf-als-context, terwijl dit zelf-als-context bij de mindfulness impliciet wordt getraind. Zo zien we vaak dat ACT de vaardigheden die in mindfulnessstraining impliciet aanwezig zijn, gaat expliciteren aan de hand van metaforen.

Zelfs in fase 1 van mindfulness training, zit al dit zelf-als-context impliciet aanwezig, zoals we eerder aangaven: telkens als je een gedachte opmerkt en er niet meer mee samenvalt. Ook in focusmeditaties leer je je innerlijke ervaringen opmerken en ervan los te komen, in plaats van je er mee te identificeren. Dus zelf-als-context groeit dus al uit deze stabilisatie fase.

Een extra ingrediënt toevoegen: liefdevolle vriendelijkheid of compassie

Vooraleer we overgaan naar het kijken naar onaangename of moeilijke gedachten en emoties, zaken die we liever gaan vermijden, dienen we een goede stabiele basis te hebben opgebouwd. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt een belangrijke component uit mindfulnessstraining, de vaardigheid zelfcompassie te zijn. Oefeningen die extra aandacht geven aan dit ingrediënt zitten reeds vanaf de eerste fase in de online leeromgeving ingebouwd: bodyscan met liefdevolle vriendelijkheid, ademfocus met liefdevolle vriendelijkheid (module Mindful hier en nu) en 'Je Zelf als dragende ruimte' (Module Zelf als context). Als hulpverlener kan je in fase een hier dus ook al aandacht aan geven bij je cliënt. Meer zelfcompassie-oefeningen kan je vinden in de module 'Emoties', in de laatste drie luiken:

- luik 7: positieve emoties laten groeien
- luik 8: liefdevolle vriendelijkheid

Zo vind je in luik 7 de oefeningen 'De veilige plek', 'Dankbaarheid cultiveren' en 'Jezelf omringen met liefde'. Dit geeft mensen extra grond om op te staan. Deze laatste oefeningen kan je niet doen bij mensen die geen enkele veilige hechtingsfiguur gekend hebben, omdat we deze als ingangspoort gaan nemen. Bij mensen met een hechtingsproblematiek kan het goed zijn eerst te overlopen wie hun veilige hechtingsfiguren waren die ze voor deze oefening kunnen gebruiken.

Zoals eerder aangetoond met het effectiviteitsonderzoek naar zelfcompassie, is het trainen in liefdevolle vriendelijkheid ook zeer verstevigend. Het verhoogt je gevoel van verbinding met anderen en dit biedt een veilige, stevige basis. Deze vind je niet alleen in luik 8 van de module 'Emoties', maar ook in de module 'Waarden', vind je een oefening

(Jouw levensboom) die mensen een gevoel van verbinding geeft met de significante anderen in hun leven.

Hier train je dus een vaardigheid die van pas komt bij het kijken naar moeilijke innerlijke ervaringen (oa. luik 9: 'een adempauze met mededogen voor onze pijn' en 'zelfcompassiepaauze voor moeilijke tijden').

Acceptatie: leren kijken naar onaangename innerlijke ervaringen

In fase 1 heb je geleerd even uit je ratrace te stappen, en contact te maken met het hier en nu. Je hebt er je aandacht leren stabiliseren en verstevigen. In een tweede fase leer je vervolgens deze stabiliteit te verrijken door je focus te openen en onder andere ook je innerlijke ervaringen waar te nemen. In het trainen van zelf als context leer je voor jezelf een *holding space* te creëren, een veilige en stevige ruimte, waarin je niet oordelend al deze zaken waar je anders liever van wegloopt, leert toelaten en containen. Je bent als het ware een container waarin deze ervaringen zich afspelen. In deze twee fases kan je het extra ingrediënt van liefdevolle vriendelijkheid toevoegen.

Deze getrainde vaardigheden komen vervolgens goed van pas als we moeilijkheden ervaren. Dit kan gaan over pijn, moeilijke emoties, overweldigende gedachten of zelfs hallucinaties (zie specifieke vuistregels voor psychose). Oefeningen om naar moeilijke emoties of gedachten te kijken vind je terug in de modules 'Emoties' en 'Gedachten'.

Vaak is het ook zo dat wij als therapeut voor onze cliënt een veilige *holding space* gaan betekenen, waarbij hij of zij de ruimte krijgt om op verhaal te komen, en moeilijke emoties of pijnlijke gedachtestromen aan bod kunnen komen. Als je cliënt nog niet getraind is in aandachtsvaardigheden, kan je samen met je cliënt wel focussen op een emotie en houd je als therapeut de aandacht van de cliënt bij de lichamelijke sensaties die daarmee gepaard gaan. Of je kan samen met je cliënt de gedachten en interpretaties in de spotlight zetten, opdat hij of zij ernaar kan kijken in plaats van ermee samen te vallen (defusie).

Omgaan met gedachten

Verschillende defusie-technieken vind je in de module 'Gedachten'. In luik 1 en luik 2 vind je voorbereidende oefeningen, die aansluiten bij fase 2: open monitoring. In luik 3 vind je verschillende oefeningen die wat meer inzicht geven in de aard van je gedachten en interpretatiekaders die je leven determineren en beperkend kunnen zijn. In luik 4 kan je de brug maken met thuis en integratie in het dagelijkse leven. In luik 5 vind je hulpmiddeltjes om defusie uit te leggen aan je cliënt tijdens de therapie. En in luik 6 en

7 vind je oefeningen om met moeilijke gedachten om te gaan. De doe-oefeningen zijn typisch voor ACT. Deze zijn makkelijker om te doen, zeker bij dat soort negatieve gedachtetreinen die ons dreigen mee te sleuren tot in een ravijn van psychische stress. De meditatie oefeningen (luik 6) liggen meer in de lijn van mindfulnesstraining en vragen een meer getrainde aandacht. De kortere intro-oefening 'Geluiden, gedachten, emoties' uit het luik 9 (naar binnen leren kijken) uit module Mindful hier en nu is bij cliënten ook populair om hun demonen in de spotlight van de aandacht te houden in plaats van achter het stuur van je levensbus.

Omgaan met emoties

De module Emoties kent een gelijkaardige opzet. In luik 1 en luik 2 vind je voorbereidende oefeningen, die aansluiten bij fase 2: open monitoring. Deze oefeningen geven specifieke aandacht aan lichaamssensaties. De oefeningen uit luik 1 komen uit de mindfulnesstraining. Terwijl in luik 2 oefeningen specifiek gericht zijn op lichaamssensaties gepaard gaande met emoties uit de ACT en focusing. Luik 3 bevat terug zelfreflectie en zelfzorg oefeningen, terwijl luik 4 terug gaat over integratie in het dagelijkse leven. Eens je vaardigheden wat getraind zijn, kan je de oefeningen uit luik 5 met cliënten meegeven naar huis. Dit zijn specifiek oefeningen om op acceptatie van moeilijke emoties te werken aan de hand van oefeningen uit de mindfulness, ACT en focusing. Ook luik 6 werkt met acceptatie vanuit dragende metaforen die je helpen contact te maken met je zelf-als-context. Luik 9 werkt op acceptatie, maar met extra aandacht voor het ingrediënt zelfcompassie. Luik 7 en 8 ondersteunt de vaardigheid acceptatie door positieve emoties te trainen.

Fase 3: Wijze / Waardengerichte actie

Waarom doen we al dit trainen nu eigenlijk? Om een waardevol leven uit te bouwen en onze innerlijke monsters die dit in de weg staan te overwinnen. Waarom gaan we aan acceptatie doen? Niet om onszelf met onze neus in onze modder te duwen voor het plezier, maar omdat we dat monster niet langer willen vermijden en daardoor niet kunnen leven volgens onze waarden. Oefeningen rond waarden en waardengerichte actie kan je vinden in de modules 'Waarden' en 'Leven naar je waarden'. In deze laatste module vind je ook oefeningen omtrent het spotten van je monsters (luik 2) en de winsten en kosten van onze vermijdingsstrategieën (luik 3). Luik 4 stelt je via psycho-educatie aan de hand van oefeningen en filmpjes voor de keuze: creatief hopeloos als je zo verder blijft doen op je automatische piloot, of vaardig leven door het uitzetten van je vechtschakelaar.

Jouw leidraad als hulpverlener

Als hulpverlener kan je met SLOW in het achterhoofd je weg vinden samen met je cliënt doorheen de modules. Deze SLOW opbouw zit ook vervat de verschillende trajecten. Dus deze kan je ook als leidraad nemen. Je hoeft daarom niet het hele traject tot in de puntjes af te leggen, maar het kan een houvast zijn.

Onderaan vind je een tabel met een overzicht van deze fases, waar we ook zelfcompassie en ACT in integreerden.

Vuistregels en voorzichtigheid bij specifieke problematieken

Uit onderzoek blijkt dat mindfulness bij heel wat fysieke of psychische klachten een verlichtend effect kan hebben op de symptomatologie enerzijds en anderzijds de levenskwaliteit en het psychische welzijn in het algemeen significant kan verbeteren. Bovenstaande overzicht van het effectiviteitsonderzoek toont ook bij welke klinische populatie mindfulness positieve effecten ressorteert.

Hoewel er naar specifieke problematieken onderzoek werd gedaan rond mindfulness, gebruiken we in de dagdagelijkse klinische praktijk voornamelijk transdiagnostische categorieën als leidraad, zoals hierboven uiteengezet met de indicatiestelling voor wanneer welke oefeningen te gebruiken (SLOW). Mindfulness of ACT interventies zijn aangewezen bij piekeren, cognitieve fusie, experiëntiële vermijding of maladaptieve copingsstrategieën (succesvol op korte termijn, maar die op lange termijn psychopathologie in de hand werken). Dit kan je als hulpverlener onder andere operationaliseren aan de hand van volgende vragenlijsten.

- CAQ-NL (Avoidance)
 - Er zijn dingen waar ik liever niet aan denk
 - Ik heb gedachten die ik tracht te vermijden
 - Ik tracht niet te denken aan de meest storende aspecten van sommige situaties om niet bang te zijn
- CFQ13 (Cognitive Fusion)
 - Ik worstel met mijn gedachten
 - Ik heb de neiging om verstrikt te geraken in mijn eigen gedachten
 - Het is moeilijk om verontrustende gedachten los te laten, zelfs wanneer ik weet dat los laten mij zou helpen

Er werd ook onderzoek gedaan naar aangepaste mindfulness protocols bij mensen met zwaardere pathologie, zoals *psychose* (Chakwick, 2005), *borderline* problematiek en *trauma*. Toch dient **wel enige voorzichtigheid geboden in de klinische context**. Een aantal kanttekingen en vuistregels zijn hier dan ook op hun plaats. Onderzoek wees ook uit dat enige voorzichtigheid geboden is bij mensen met hoge manie of een diepe depressieve fase bij *bipolaire stoornis*. Ook voor mensen met gebrek aan sociale steun of psychische begeleiding wordt de nodige voorzichtigheid aangeraden bij *langere* retraites of meditatie oefeningen (Murray et al., 2015).

Bij depressie en stemmingsstoornissen

Uit meta-analyse van verschillende wetenschappelijke studies wordt mindfulness training aangeraden bij mensen met majore depressie en dit ook tijdens de

depressie zelf alsook na opklaring van de depressie ter preventie van herval (Khusid, 2016).

Mood disorders worden gekenmerkt door verhoogde negatieve reactiviteit en verhoogde zelf-focus (Clark et al., 1994 in: Farb et al., 2012). Mindfulness kan hier geïndiceerd zijn omdat dit een non-evaluatieve manier van aandacht geven aan negatieve emotionele ervaringen bevordert (Farb et al., 2012). De lange termijn praktijk van gelijkmoedige monitoring van alle ervaring is mogelijks nodig om cliënten toe te laten dysforische elaboratie en negatieve interpretaties te verminderen (Farb et al., 2012).

Trauma

Systematische analyse van wetenschappelijk onderzoek wijst in de richting dat **mindfulness een ondersteunende vaardigheid kan zijn bij emotie-regulatie en emotietolerantie** bij traumatherapie (Kummar et al., 2019; Banks et al., 2015; Khusid, 2016). Voldoende voorzichtigheid en expertise is in deze echter aangewezen, gezien het geven van mindfulness interventies onaangepast aan PTSS, **kan leiden tot een verergering van de symptomen** (Van Dam et al., 2018)!

Psychose

Uit meta-analyse onderzoek bij verschillende (RCT = randomized controlled trials) studies blijkt dat derde golf gedragstherapie (mindfulness, acceptance en compassie) wel effecten heeft bij mensen met psychose (Louise et al., 2018). Hieruit blijkt specifiek dat groepsformats voor mindfulness meer effect hebben dan individuele ACT therapie. Als de drie elementen (mindfulness, acceptance en compassie) gecombineerd worden, blijken deze een complementair effect te hebben (Khoury et al., 2013).

Bij het onderzoek naar het effect van **mindfulness** op psychose werd een **aangepast protocol** ontwikkeld, met kortere sessies (10 minuten), en stabiliserende oefeningen zoals de ademfocus en korte focus op het lichaam (1 min). Tevens werd minstens om de 2 minuten instructies gegeven om de mensen hun aandacht te helpen structureren tijdens de meditatie (Chakwick, 2005).

Mindfulness kan mensen helpen om op een andere manier met hun psychotische symptomatologie (zoals stemmen, beelden, en intrusieve gedachten) **om te gaan**, wat voor minder psychische stress kan zorgen. Het is niet de bedoeling de symptomen weg te krijgen, maar er op een andere manier mee om te gaan. Er zou ook meer effect zijn op de negatieve symptomatologie dan op de positieve symptomatologie hebben (Khoury et al., 2013).

Psychose kan geïnduceerd worden door meditatie! Er zijn meldingen gekend dat mensen met een kwetsbaarheid voor psychose of een schizotypische persoonlijkheid declincheren in acuut psychotische episodes (Shonin et al., 2014). Het gaat hier dan voornamelijk over langere ongestructureerde retraites. Dus hier is enige voorzichtigheid zeker op zijn plaats.

Vuistregels voor hulpverleners:

- Algemeen hanteren wij in ons centrum de vuistregel om mensen met een gevoeligheid voor psychose **niet tot een groep** toe te laten, tenzij het iemand is die niet uit de boot van de groep valt.
- Vertrouw op je eigen expertise als hulpverlener die je met deze doelgroep hebt opgebouwd.
- Heb je geen ervaring met deze doelgroep, dan is voorzichtigheid geboden.
- Gebruik een aangepast protocol (Chadwick et al., 2009) of korte sessies (max. 10 min) met veel instructies en weinig stilte pauzes (stabilisatie-oefeningen, introductie-oefeningen).
- In een opname setting is het nodig het hele team mee te krijgen in wat mindfulness precies is, om zo de omgeving mee te betrekken in het helpen toepassen van mindfulness bij de patiënten (Jacobsen et al., 2010).

Borderline persoonlijkheidsstoornis

Hier wordt voornamelijk gewerkt met Dialectische GedragsTherapie (DGT), waarin mindfulness als ondersteunende vaardigheid is opgenomen (Chapman, 2006).

3. Wanneer welke ACT interventies inzetten?

Hierboven gaven we een overzicht van verschillende problematieken waarbij ACT zijn effectiviteit heeft aangetoond.

In de klinische praktijk gaan we bij ACT gebruik maken van transdiagnostische categorieën eerder dan diagnostische categorieën, om te zien wanneer we beste welke technieken kunnen toepassen.

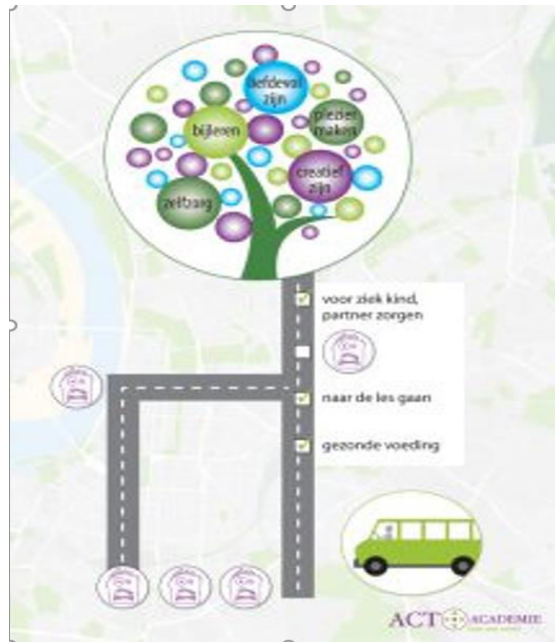
ACT interventies zijn opgezet om (Hayes, 2002):

- **Levenswaarden** verhelderen en daarnaar te handelen.
- **Experientiële vermijding** te ondermijnen
- Aanleren van **acceptatie** en bereidheid als alternatieve coping respons
- Cognitieve fusie te verminderen via oefeningen en door proces-georiënteerde taal in therapie te bevorderen
- Bewuste **gedefuseerde** exposure aan moeilijke gedachten, gevoelens en lichaamssensaties
- Helpen de cliënt contact te doen behouden met een **transcendent zelf** dat acceptatie en defusie minder beangstigend maakt.

Waarden, waardevol leven en monsters op de levensweg

Positieve psychologische en gedragsuitkomsten in ACT werden geproduceerd door het accepteren van voordien vermeden innerlijke ervaringen (Bond & Bince, 2000, in: Hayes, 2002). Dit is echter niet het doel op zich: blootstelling aan innerlijke ervaringen, is slechts een middel om te komen tot actie naar waarden.

De waarden van iemand vormen dan ook het kompas van de therapie. Als acties geïdentificeerd worden op basis van die waarden, dan komen gewoonlijk de obstakels vanzelf opzetten (Hayes, 2002) om de weg te versperren, wat we de innerlijke monstertjes of demonen noemen.



Bovenstaande figuur kan je gebruiken om met je cliënt een gemeenschappelijke taal te ontwikkelen omtrent zijn of haar leven. In de boom vind je de waarden van je cliënt als kompas dat richting geeft aan zijn/haar leven. Met de levensbus gaat die op weg in zijn/haar leven richting die waarden. Om tot een waardevol leven te komen, dien je bepaalde doelen en acties te hebben die je kan afvinken. Maar bij deze *committed* actie of waardengerichte actie komen de innerlijke monsters opzetten (zie figuur). Dan heb je de keuze: om dit monster te vermijden en een andere weg in te slaan. Maar vaak zie je dat deze strategie meer kosten dan winsten opbrengt en dat er nog meer monsters de kop gaan opsteken. Bovendien ben je dan ver van een waardevol leven te leiden.

Oefeningen voor Waarden en Waardevol leven kan je vinden in de desbetreffende modules in de online leeromgeving. In de module Waarden vind je naast luik 1 met psycho-educatie over waarden aan de hand van filmpjes en tekstjes, allerlei zelfreflectie- oefeningen om zicht te krijgen op de waarden van je cliënt. In luik 3 vind je er de meditatie-oefening 'de levensboom' om via de significante anderen uit het leven van je cliënt ook de verbinding te maken met de waarden die ze van hen meekregen.

In de module Leven naar je waarden vind je in luik 1 oefeningen om deze waarden te integreren in het leven via waardevolle actie. Dit heeft echter een keerzijde: bij elke waarde die je in actie wil brengen, komen monsters de kop opsteken. Oefeningen om zicht te krijgen op externe versus innerlijke monsters vind je in luik 2. Naast zelfreflectie oefeningen vind je er ook filmpjes en de meditaties 'Passagiers op de bus' en 'Demonen op de levensweg' om hier meer zicht op te krijgen.

In luik 3 trachten we via zelfreflectie en psycho-educatieve filmpjes zicht te krijgen op onze strategieën om met innerlijke monsters om te gaan en de winsten en kosten ervan. Luik 4 bevat dan weer oefeningen om mensen te doen stilstaan bij waar die

strategieën hen in het leven naartoe leiden en de keuze te geven om op een andere manier met innerlijke obstakels om te gaan. Dit doen we via de oefening 'Creatieve hopeloosheid' en psycho-educatie omtrent wat 'Vaardig leven' is.

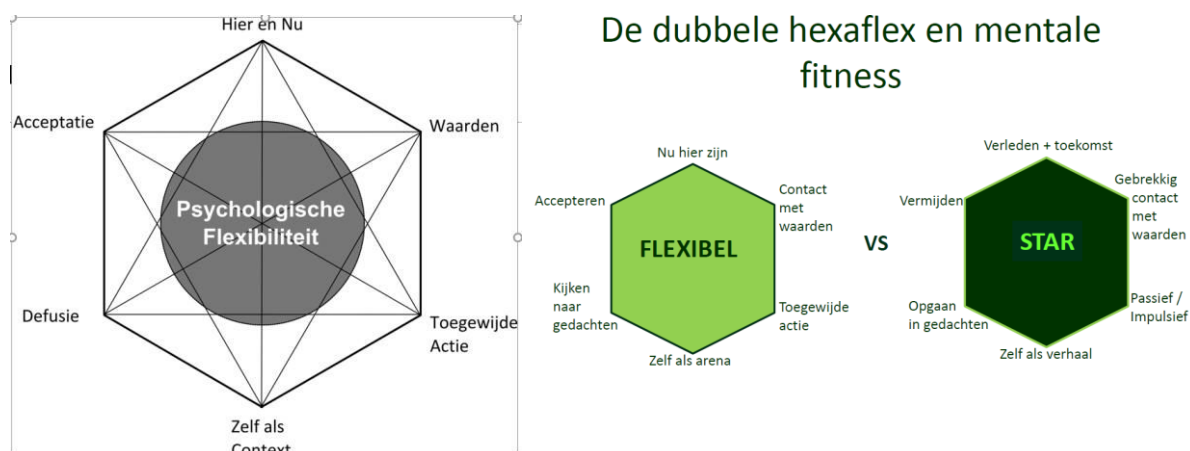
De ACT-hexaflex als wegwijzer in de therapie

We kunnen de ACT hexaflex (zie figuur hieronder) als hulpmiddel in ons achterhoofd gebruiken. Dit is tevens onze wegwijzer om de oefeningen in de online leeromgeving terug te vinden, gezien de modules volgens dit opzet zijn opgebouwd. De kernprocessen weergegeven op de ACT-hexaflex vormen de vaardigheden die deel uitmaken van psychologische flexibiliteit. Daar waar het op deze kernprocessen star loopt, is een stap richting psychopathologie (zie figuur hieronder: de dubbele hexaflex). In principe kan elk kernproces op de hexaflex een ingangspoort zijn in de therapie en leiden tot het oefenen met een volgende kernproces.

Werken aan hier en nu processen: mindfulness

Als iemand bvb vastzit in piekeren over de toekomst, of rumineren over het verleden (zie figuur hieronder: hexaflex star), dan dient er gewerkt te worden aan **hier en nu processen** (zie figuur hieronder: hexaflex flexibel) via de stabilisatie-oefeningen uit de mindfulnessstraining (zie module Mindful hier en nu, luik 1 tot en met 7).

ACT ziet formele mindfulnessstraining als slechts een van de vele manieren om mindfulness skills aan te leren (Harris, 2006). Via mindfulness oefeningen kan men leren gedachten en gevoelens opmerken, erkennen en laten gaan, de aandacht terugbrengend naar het hier en nu (Harris, 2006). Als huiswerk kan je meegeven contact houden met de vijf zintuigen in dagelijkse routines (Harris, 2006) (luik 11 de integratie-oefeningen in het dagelijkse leven).



Waardenwerk

Als iemand echter zijn waarden in zijn leven niet helder heeft en daardoor richtingloos is (rechterkant van de star hexaflex), dan dient **waardenwerk** als uitgangspunt genomen te worden. Aan de linkerkant van de hexaflex zien we de processen acceptatie en defusie (= kijken naar gedachten) staan tegenover respectievelijk vermijden en fusie (=opgaan in gedachten).

Wat is de functie van gedrag?

Bij een casusconceptualisatie (figuur hieronder) bekijken we waar het bij de cliënt star verloopt op de hexaflex, wat er via het gedrag vermeden kan worden (cfr functie van het gedrag of emotionele controle agenda) en welke de kernprocessen zijn die we als ingangspoint kunnen gebruiken waarop we verder dienen te werken.

CASUSCONCEPTUALISATIE		
Vermijding Hoe? (vermijdt zij/hij) Wat? (vermijdt zij/hij)	Fusie Welke gedachten domineren het denken en het gedrag?	Onhelderheid v. waarden Op welke levensgebieden zijn welke waarden onderbelicht?
Dominantie van verleden of toekomst Door wat uit verleden of toekomst wordt hij/zij vaak bevangen? Bewustzijn: Is hij/zij zich ervan bewust wanneer de aandacht bij toekomst of verleden i.p.v. 'hier en nu' is?	Zelf als proces/context, inhoud Is hij/zij zich bewust van interne processen en dat hij/zij daarvan de waarnemer is? Zelfbeeld: Door welk zelfbeeld wordt hij/zij belemmerd?	Ontoegewijde acties Gedrag zoals inactiviteit, impulsiviteit, volharding dat losstaat van levenswaarden: Vaardigheden die men mist om waardevolle doelen na te streven?

Francis Pascal-Claes - ACT in Actie-2020

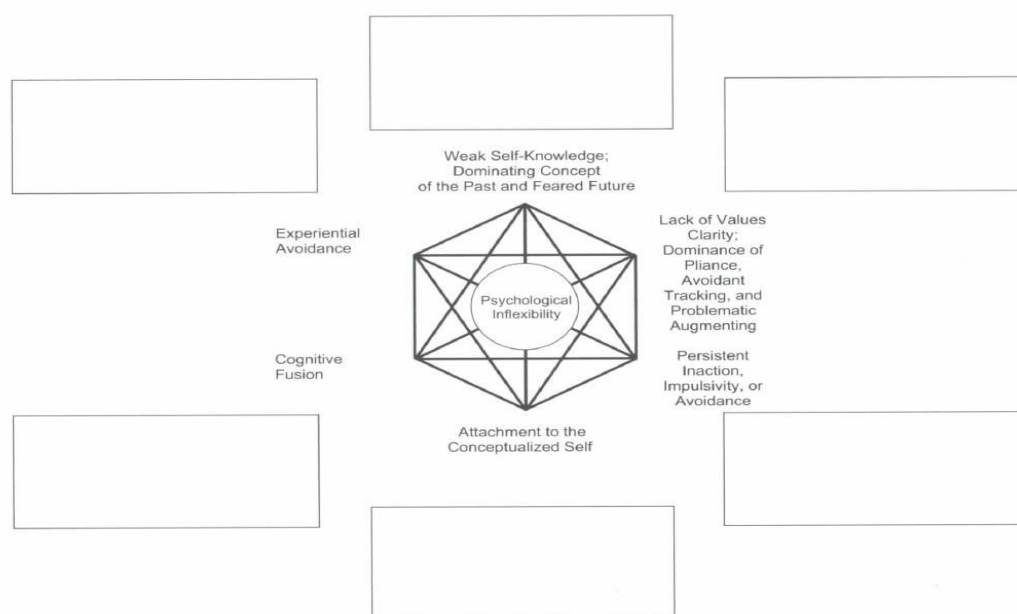
Via de oefeningen rond het spotten van innerlijke monsters of demonen en de controlestrategieën die mensen gebruiken om hiermee te gaan (uit de module Leven naar je waarden) gaan **we de emotionele controle agenda van de cliënt uitdagen**. Dit doen we op een vriendelijke en respectvolle manier via motivationeel interview. We gaan de strategieën om van ongewenste ervaringen af te komen eerst identificeren. Winsten en kosten worden in kaart gebracht: "Bracht dit je dichterbij het leven dat je wilt?", een waardevol leven (Harris, 2006).

Via de techniek **creatieve hopeloosheid** gaan we allereerst inzien dat wat zij als mogelijke oplossing zagen, eigenlijk deel is van het probleem. Doel van creatieve

hopeloosheid is de uitzichtloosheid van de emotionele controle agenda inzichtelijk bloot te leggen en vermijding te blokkeren (Hayes, 2002). **Het kernprobleem** is om je eigen innerlijke ervaringen te willen controleren (Hayes, 2002). Zo kan je je cliënt laten scoren van de eigen pogingen doorheen de dag om dit te doen (Hayes, 2002). Emotionele controle (zoals vermijding) is het probleem, niet de oplossing (Harris, 2006).

Het alternatief dat we aanbieden is stoppen met vechten. Dit kan via de metafoer van de vingerval (Hayes, 2002) of andere oefeningen uit de module Leven naar je waarden: de drijfzand metafoer of vechtschakelaar metafoer, ... (Harris, 2006). **Eens de emotionele controle agenda is ondermijnd**, kunnen we de 6 basis principes van ACT uit de doeken doen (Harris, 2006).

Onderstaande figuur kan een hulpmiddel zijn om te zien waar onze cliënt zich situeert op de hexaflex en de concrete processen waar we dienen op te werken in te vullen.



Francis Pascal-Claes - ACT in Actie-2020

13

Afhankelijk van de noden die via deze casusconceptualisatie naar voren komen, kunnen we interventies uit de online toolbox (zie figuur hieronder die tevens de homepagina van de online leeromgeving weergeeft) van de modules halen. Defusie van gedachten vinden we terug in de module 'Gedachten'. Acceptatie van emoties, vinden we terug in de module Emoties. Deze technieken zitten ook impliciet ingebouwd in de Open monitoring mindfulness oefeningen (zie SLOW-indicatiestelling hierboven) in de module Mindful hier en nu luik 8-10: gewaarzijn uitbreiden, naar binnen leren kijken, open gewaarzijn. ACT expliciteert deze vaardigheden die in mindfulness training impliciet aanwezig zijn, via technieken die niet altijd mindfulness als training nodig maken. Zowel de therapeutische ACT interventies als de vaardigheidstraining voor de

vaardigheden defusie en acceptatie kan je vinden in respectievelijk de modules Gedachten en Emoties.



Een veilige en stevige basis als context in het zelf creëren

Eens waarden verheldert zijn, en we weten welke innerlijke ervaringen mensen trachten te vermijden via hun controle strategieën (functie van het gedrag), kunnen we werken rond het toelaten van ongewenste ervaringen om te kunnen doen wat je waardeert (Harris, 2006). Doelen stellen, om dan actie te ondernemen en exposure te doen met ongewenste ervaringen die dan de kop opsteken (Harris, 2006).

Eerst dient echter een **veilige plek gecreëerd te worden** van waaruit een cliënt zijn moeilijke innerlijke ervaringen kan toelaten, zonder erdoor overspoeld te worden. Dit is het bewustzijn zelf, **zelf als context** (Hayes, 2002). Dit kunnen we doen via de oefening 'Het observerende zelf' in therapie met een transcript (Hayes, 2002) of door deze oefening als huiswerk mee te geven naar huis. Hier in het heden contact mee krijgen is van belang als context voor cognitieve defusie. Toegang krijgen tot een zelfoverstijgend (transcendent) zelf dat zich niet bedreigd voelt door moeilijke psychische inhoud, legt een veilige basis. Het **observerende zelf** helpt om contact maken met een transcendent gevoel van zelf, een continuïteit in het bewustzijn dat onveranderlijk is, altijd present (Harris, 2006).

Als dit klaar is, kunnen cliënten zich meer klaar voelen voor **exposure aan moeilijke mentale inhoud** (zelf als inhoud) zoals gedachten, emoties etc. (Hayes, 2002). Vanuit dit zelf als context kan je dan ervaren dat je niet je gedachten, gevoelens, herinnering,

neigingen, sensaties, beelden, rollen, lichaam BENT, dat deze fenomenen constant veranderen (Harris, 2006). We kunnen hier een gelijkaardige opbouw als bij de SLOW (zie indicatiestelling mindfulness) herkennen.

Een veilige basis kan je ook cultiveren aan de hand van oefeningen uit luik 7 en 8 uit de zelfcompassietraining, waarbij je positieve emoties gaat cultiveren.

Openen en observeren van moeilijke innerlijke ervaringen

Defuseren of loskomen van moeilijke gedachten

Als we merken dat iemand vastzit in fusie (onze gedachten lijken letterlijk waar te zijn, het zijn bedreigende events waar we vanaf moeten zien te komen) gaan we werken aan defusie (Harris, 2006). **Defusie**= step back en observeer taal/gedachten, zonder erin verstrikt te geraken. Gedachten zijn voorbijgaande producties van de geest. We proberen er niet vanaf te geraken, maar we leren gedachten waar te nemen. Als huiswerk geven we de opdracht mee om aan de slag gaan met cognitieve defusie technieken (Harris, 2006).

Je kan zowel doe-oefeningen (uit luik 7: knutselen met gedachten of ommetje met het verstand), reflectie oefeningen (uit luik 3: mijn automatische gedachten, een gedachtegevangenis of realiteit versus interpretatie) of vaardigheidstraining (bladeren op de stroom, kijken naar gedachten met metaforen of mediteren op een moeilijke gedachte) uit de module Gedachten meegeven. Je kan ook het oefenblad uit het traject 'Neem je leven in eigen handen' (stap 4 defusie) meegeven: 'oefening: defusie verhalen en technieken'. Zo kan je cliënt elke dag met een andere techniek oefenen.

Toelaten en kijken naar moeilijke innerlijke ervaringen = acceptatie

Het toelaten van ongewenste emoties, sensaties, neigingen en andere private ervaringen doe we aan de hand van allerlei acceptatie oefeningen uit de module Emoties. Zo kunnen we als therapeut in de veilige setting van je face to face gesprek samen met je cliënt bijvoorbeeld focussen op angst in het lichaam (Harris, 2006). Het transcript voor deze oefening kan je vinden in luik 5: mediteren met moeilijke emoties. Je kan het ook als huiswerk meegeven (Harris, 2006) aan de hand van audio. Maar ook hier is het aan te raden dat je cliënt stabiliteit heeft, of getraind heeft via stabilisatie oefeningen uit de mindfulness of zelf-als-context oefeningen.

Je kan deze oefeningen ook al meegeven als vaardigheidstraining om te oefenen met de minder moeilijke emoties (luik 2). Zoals hierboven (indicatiestelling mindfulness)

vermeld, kan je in luik 1 voorbereidende oefeningen meegeven, waarin de cliënt leert contact maken met zijn lichaam.

Andere oefeningen rond acceptatie die werken met metaforen vind je in luik 6. In luik 9 vind je gelijkaardige oefeningen uit de compassietraining, waarbij we inzoomen op moeilijke emoties met het extra ingrediënt van warmte en zelfondersteuning uit de zelfcompassie.

4. Wanneer zelfcompassie oefeningen gebruiken?

Hierboven bij de indicatiestelling voor mindfulness en ACT zit het ingrediënt compassie al verweven. Zie de bodyscan en ademfocus met liefdevolle vriendelijkheid uit de module Mindful hier en nu en je Zelf als dragende ruimte uit de module Zelf als context.

Oefeningen op liefdevolle vriendelijkheid, dankbaarheid en de veilige plek (module Emoties, luik 7 en 8), helpen mensen om een stevige grond te vinden om op te gaan staan. Ze helpen vaardigheden ontwikkelen die bij het toelaten van moeilijke emoties in acceptatie of zelfcompassie oefeningen ondersteunend werken. Dit extra ingrediënt van liefdevolle vriendelijkheid zit ook reeds bij de stabilisatie-oefeningen in de Mindful hier en nu module.

Zelfcompassietraining, maakt niet alleen gebruik van mindfulnessstraining met extra aandacht voor liefdevolle vriendelijkheid, maar maakt ook gebruik van een aantal andere technieken zoals het gebruik van zinnestekjes of een bondgenoot. De hand op het hart leggen en de warmte voelen is een sterke techniek die zorgt voor de verhoging van oxytocine, wat een gevoel van veiligheid geeft, moeilijke emoties verzacht, en cardiovasculaire stress kalmeert (Goetz et al., 2010). Deze technieken zitten ook vervat in de korte oefening 'terugkeren naar het hier en nu' uit luik 1 in de module Mindful hier en nu.

Ook voor het trainen in zelfcompassie bestaan verschillende 7 of 8 weken protocols. De ontwikkelaars van MBCL (mindfulness-based compassionate living) raden aan om **eerst** voldoende gronding te vinden in een mindfulness training alvorens met MBCL van start te gaan (van den Brink & Koster, 2015). We nemen dan ook als vuistregel mee dat we vooraleer we zelfcompassie oefeningen gaan meegeven (luik 9 uit de module Emoties), we dienen getraind te hebben op stabiliteit (luik 1-7 module Mindful hier en nu).

Specifieke niet klinische en klinische indicaties

Uit onderzoek blijkt zelfcompassie zeer relevant te zijn bij de confrontatie met persoonlijke ontoereikendheid, fouten, falen, confrontatie met pijnlijke situaties of dingen die buiten je eigen controle liggen (Neff & Tirch, 2013). De tendens zichzelf te bekritisieren en niet met zelfcompassie te benaderen bij persoonlijk falen of bij

moeilijkheden werd in verschillende studies gelinkt aan psychopathologie (Krieger et al., 2013; Werner et al., 2011; Dossing et al., 2015; Blatt & Zuroff, 1992; Kelly et al., 2014; MacBeth & Gumley, 2012). Andere indicaties voor compassietraining: schaamte, zwaarlijvigheid, stoppen met roken, depressie, persoonlijkheidsstoornissen, psychose (Tirch, Schoendorff & Silberstein, 2014).

4. Overzichtstabel indicatiestelling: SLOW

Mindfulness	Zelfcompassie	ACT
SLOW = Stoppen Landen Observeren en Waardevolle actie		
Fase 1: Stabiliseren in het hier en nu		
Module Mindful hier en nu: luik 1-7	De drie minuten ademruimte: Module Mindful hier en nu, luik 4	
Traject mindfulness stap 1-3	Module Gedachten en Emoties luik 4: integratie in het dagelijkse leven	
Module Mindful hier en nu: luik 10: integratie in het dagelijkse leven		
	Module Mindful hier en nu: bodyscan en ademfocus met liefdevolle vriendelijkheid	Traject face covid: stap 2-4: ACE = erken en terug naar hier en nu
Zelfzorgplan: Kompas psychische EHBO	Waardenwerk: module Waarden en Leven naar je waarden	
Kompas psychische EHBO: Luik 2-3 + luik 5	Wat is de functie van het gedrag? Monsters en controle strategieën ontdekken: Module Leven naar je waarden: luik: 2-4 Traject ACT (= Neem je leven in eigen handen): Stap 2-3	
Fase 2: Openen en observeren		
Naar binnen leren kijken / opmerkzaamheid trainen		
Module Mindful hier en nu: luik 8-10	Module Gedachten: luik 2: kijken naar gedachten	
Module Gedachten: luik 1	Module Emoties: luik 2: emoties leren erkenning geven	
Module Emoties: luik 1	Traject face covid: stap 6: openen	
Een warme milde holding space cultiveren: zelf als context		

Module Zelf als context: luik 4	Module Emoties: luik 7- 8	Module Zelf als context: luik 1-3
Kompas psychische EHBO: luik 4	Kompas psychische EHBO: luik 6	
Openen voor moeilijke innerlijke ervaringen		
Module Mindful hier en nu luik 9: gedachten en emoties: geluiden gedachten gevoelens	Defusie: module Gedachten: luik 3, 5-7 Acceptatie: module Emoties, luik 5, 6	
	Acceptatie met zelfcompassie: module Emoties, luik 9	
Traject mindfulness: stap 6: gedachten	Traject ACT: stap 4: defusie	
Traject mindfulness: Stap 5: acceptatie	Traject ACT: Stap 6: acceptatie	
Kompas psychische EHBO: luik 7-12		
Fase 3 : Wijze / Waardengerichte actie		
Module Waarden		
Module Leven naar je waarden: luik 1		
Mindfulness traject: stap 7	ACT Traject: stap 1 en stap 7	
Zelfzorgplan: Kompas psychische EHBO		

5. Referenties

- Abbott, R.A., Whear, R., Rodgers, L.R., Bethel, A., Thompson, C., Kuyken, W. (2014). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and mindfulness based cognitive therapy in vascular disease: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of psychosomatic research*, 76, 341-351
- Andersson, G., & Cuijpers, P. (2009). Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: a meta-analysis. *Cognitive behavior therapy*, 38, 196-205
- Baas M, Nevicka B, Ten Velden FS. (2014). Meta-analysis: Specific mindfulness skills differentially predict creative performance. *Pers Soc psychos bull*, sep; 40(9): 1092-1106
- Baer, R. (2010). Self compassion as a mechanism of change in mindfulness- and acceptance-based treatments. In: *The mindfulness and acceptance practica: assessing mindfulness and acceptance processes in clients. Illuminating the theory and practice of change*. New Harbinger publications.
- Baer, R.A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical psychology: science and practice*, 10, 125-143.
- Banks, K., Newman, E., & Saleem, J. (2015) An overview of the research on mindfulness-based interventions for treating symptoms of posttraumatic stress disorder: a systematic review. *Journal of clinical psychology*, 17(10), 935-963
- Barnard, L.K., & Curry, J.F. (2012). The relationship of clergy burnout to self-compassion and other personality dimensions. *Pastoral psychology*, 61, 149-163.
- Bartels-Velthuis, A.A., Schorevers, M.J., Van Der Ploeg, K., Koster, F., Fleer, J., Van Den Brink, E., (2016). A mindfulness-based compassionate living training in a heterogeneous sample of psychiatric outpatients: a feasibility study. *Mindfulness*, 1-10.
- Beckman H.B., Wendland M., Mooney C., Krasner M.S., Quill T.E., Suchman A.L., Epstein R.M. (2012). The impact of a program in mindful communication on primary care physicians, *Acad. Med*87 (6) : 815-819)
- Bishop, S.R. (2002) What do we really know about mindfulness-based stress reduction? *Psychosomatic medicine*, 64, 71-84

Bishop, S.R., Lau, M., Shapiro, S. Carlson, L., Anderson, N.D. Carmody, J. Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241.

Blatt, S.J., Zuroff, D.C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: two prototypes for depression. *Clin. Psychol. Rev.* 12, 5278-562.

Bodart O, Fecchio M, Massimini M, Wanneer S, Virgillito A, Casarotto S, Rosanova M, Lutz A, Ricard M, Laureys S, Gosseries O. (2018). Meditation-induced modulation of brain response to transcranial magnetic stimulation. *Brain Stimul.* Nov-Dec; 11(6):1397-1400.

Boettcher, J., Aström, V., Pahlsson, D., Schenström, O., Andersson, G., Carlbring, P. (2014). Internet-based mindfulness treatment for anxiety disorders: a randomized controlled trial. *Behav. Thera.* 45(2): 241-253.

Boggs, J.M., Beck, A., Felder, J.N., Dimidjian, S., Metcalf, C.A., Segal, Z.V. (2014). Web-Based intervention in mindfulness meditation for reducing residual depressive symptoms and relapse prophylaxis: a qualitative study, *J. Med. Internet Res.* 16(3)

Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., & Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a meta-analysis. *Journal of psychosomatic research* 68, 539-544

Bostock, S.K., Steptoe, A. (2013). Can finding headspace reduce work stress? Randomised controlled workplace trial of mindfulness app. *Psychosom. Med.* 75 (3): 36-a37.)

Brook RD, Jackson EA, Giorgini P, McGowan CL. (2015). When and how to recommend 'alternative approaches' in the management of high blood pressure. *Am J Med.* Jun; 128(6):567-70

Brown, K.W. & Ryan, R.M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology.* 84, 822-848

Buhrman, M., Skoglund, A., Husell, J., Bergstrom, K., Gordh, T., Hursti, T. (2013). Guided internet-delivered acceptance and commitment therapy for chronic pain patients: a randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 51, 307-315.

Carmody, J., & Baer, R.A. (2008). Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a

mindfulness-based stress reduction program. *Journal of behavioral medicine*, 31, 23-33.

Carson, J.W. Keefe, F.J., Lynch, T.R. Carson, K.M., Goli, V., Fras, A.M. (2005) Loving-kindness meditation for chronic low back pain. *Journal of holistic nursing*, 23, 287-304.

Cavanagh, K., Stauss, C., Forder, L., & Jones, F. (2014). Can mindfulness and acceptance be learnt by self-help? A systematic review and meta-analysis of mindfulness and acceptance-based self-help interventions. *Clinical psychology review*, 34, 118-129.

Cavanagh, K., Strauss, C., Cicconi, F., Griffiths, N., Wyper, A., Jones, F. (2013). A randomized controlled trial of a Brief online mindfulness-based intervention, *Behav. Res. Ther.* 51(9): 573-578

Chackwick, P. (2005). Mindfulness groups for people with psychosis. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 33, 351-359.

Chadwick, P. (2006). *Person-based cognitive therapy for distressing psychosis*. Chichester: Wiley.

Chadwick, P., Hughes, S., Russell, D., & Dagnan, D. (2009) Mindfulness groups for distressing voices and paranoia: a replication and randomized feasibility trial. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 37, 403-412.

Chapman, A.L. (2006). Dialectical Behavior Therapy, current indications and unique elements. *Psychiatry*, 3(9), 62-68.

Chen, K.W., Berger, C.C., Manheimer, E. Forde, D., Magidson, J., Dachman, . L., Lejuez, C.W. (2012). Meditative therapies for reducing anxiety: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Depress. Anxiety*, 29 (7) (2012) 545-562.)

Chennu s, Annen J, Wannez S, Thibaut A, Chatelle C, Cassol H, Martens G, Schnakers C, Gosseries O, Menon D, Laureys S. (2017). Brain networks predict metabolism, diagnosis and prognosis at the bedside in disorders of consciousness. *Brain*, aug 1;140(8): 2120-

Chiesa, A. & Serretti, A. (2010). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. *Journal of Alternative and complementary medicine*, 15, 593-600

Chiesa, A., & Serretti, A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. *Journal of alternative and complementary medicine*, 15, 593-600.

Chiesa, A., & Serretti, A. (2011). Mindfulness-based cognitive therapy for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*, 187, 441-453.

Clarke, J., & Draper, S. (2020). Intermittent mindfulness practice can be beneficial, and daily practice can be harmful. An in depth, mixed methods study of the “Calm” app's (mostly positive effects). *Internet Interventions*, 19, <https://doi.org/10.1016/j.invent.2019.100293>

Conklin QA, Crosswell AD, Saron CD, Opel ES. (2018). Meditation, stress processes, and telomere biology. *Curr opin psychol*, Nov 19;28:92-101

Cramer, H., Lauche, R., Paul, A., & Dobos, G. (2012). Mindfulness-based stress reduction for breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Current Oncology*, 19, e343-e352

Creswell JD1, Taken AA2, Lindsay EK, Greco CM, Gianaros PJ, Fairgrieve A, Marsland AL, Brown KW, Way BM, Rosen RK, Ferris JL. (2016). Alterations in resting-state functional connectivity link mindfulness meditation with reduced interleukin-6. A randomised control trial. *Bill Psychiatry*, Jul 1;80(1): 53-61

Cuipers, P., Marks, I.M., Cavanagh, K., van Straaten, A., Gega, L., & Andersson, G. (2009) Meta-analysis of computer-aided psychotherapy for anxiety disorders. *Cognitive behavioural therapy* 38, 66-82.

Dahl, J.C., Plumb, J.C., Stewart, I., & Lundgren, T. (2009). *The art and science of valuing in psychotherapy: helping clients discover, explore, and commit to valued action using acceptance and commitment therapy*. Oakland, CA: New Harbinger.

Dannahy, L., Hayward, M., Strauss, C. Turton, W., Harding, E., & Chadwick, P. (2011). Group person-based cognitive therapy for distressing voices: pilot data from nine groups. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 42, 111-116.

Davidson RJ, McEwen BS. (2012). Social influences on neuroplasticity: stress and interventions to promote well-being. *Nature Neuroscience*, Apr 15; 15(5):689-95

Davies, E.B., Morriss, R., & Glazebrook, C. (2014). Computerdelivered and webbased interventions to improve depression, anxiety, and psychological wellbeing of university

students: a systematic review and metaanalysis. *Journal of medical internet research*, 16, e130.

Davis, L., Kurzban, S. (2012). Mindfulness based treatment for people with severe mental illness: a literature review. *AM. J. Psychiatric Rehabil*, 15 (2) (2012) 202-232.)

Del Re, A.C., Flückiger, C., Goldberg, S.S.& Hoyt, W.T. (2013). Monitoring mindfulness practice quality: an important consideration in mindfulness practice. *Psychotherapy research*, 23, 54-66.

Dossing, M., Nilsson, K.K., Svejstrup, S.R., Sorensen, V.V., Straarup, K.N., Hansen, T.B. (2015). Low self-compassion in patients with bipolar disorder. *Compr psychiatry* 60, 53-58.

Dowd, H., Hogan, M.J., McGuire, B.E., Davis, M.C., Sarma, K.M., & Fish, R.A. (2015). Comparison of an online mindfulness-based cognitive therapy intervention with online pain management psychoeducation: a randomized controlled study. *Clinical journal of pain*, 31, 517-527.

Dunkley, D.M., Sanislow, C.A., Grilo, C.M., Mcglashan, T.H. (2009). Self-criticism versus neuroticism in predicting depression and psychosocial impairment for 4 years in a clinical sample. *Compr psychiatry*, 50, 335-346.

Eberth, J., & Sedlmeier, P. (2012). The effects of mindfulness meditation: a meta-analysis. *Mindfulness*, 3, 174-189

Farb N.A., Anderson A.K., Segal Z.V. (2012). The mindful brain and emotion regulation in mood disorders. *Can J. Psychiatry*, 57(2): 70, *Revue Canadienne De Psychiatrie*.

Fogg B.J. (2002). Persuasive technology: using computers to change what we think and do. *Ubiquity* 2002 (December): 5.

Fossati, A., Feeney, J., Maffei, C., & Borroni, S. (2011). Does mindfulness mediate the association between attachment dimensions and borderline personality disorder features? A study of Italian non-clinical adolescents. *Attachment & human development*, 13(6), 563-578.

Fox et al. (2014). Is meditation associated with altered brain structure? A systematic review and meta-analysis of morphometric neuroimaging in meditation practitioners. *Neurosci Biobehav Rev*, Jun; 43:48-73.

Fox et al. (2016). Fictional neuroanatomy of meditation : a review and meta-analysis of 78 functional neuroimaging investigations. *Neuroscience and Biobehavioral Review*, jun;65: 208-28)

Fredrickson, B.L., Cohn, M.A., Coffey, K.A., Pek, J., & Finkel, S.M. (2008). Open hearts build lives: positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of personality and social psychology*, 95, 1045-1062.

Fulton, P.R. (2005). Mindfulness as clinical training, in: C.K. Germer, R.D. Siegel, P.R. Fulton (Eds), *Mindfulness and Psychotherapy*. Guilford Press, New York, pp 55-72.

Garrido-Torres, N., Viedma, A.S. Rodriguez, A., Reina, M., Fernandez S., Gonzalez, C., & Prieto, I. (2016) Online mindfulness as therapy for fibromyalgia patients. *European Congress of psychiatry* 33S; S290-S643.

Gendlin, E.T. (1981). *Focusing*. New York: Bantam Books.

Gilbert, P. & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical psychology & psychotherapy*, 13, 353-379.

Gilbert, P. (2010a) An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International journal of cognitive therapy*, 3(2), 97-112.

Gilbert, P. (2010b). *Compassion focused therapy: distinctive features*. New York: Routledge.

Glück, T.M., Maercker, A. (2011). A randomized controlled pilot study of a Brief web-based mindfulness training, *BMC psychiatry* 11(1): 175.

Goetz, J.L., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). *Compassion: An evolutionary analysis and empirical review*. *Psychological Bulletin*, 136, 351-374.

Goldberg, S.B., Del Re, A.C., Hoyt, W.T., & Davis, J.M. (2014). The secret ingredient in mindfulness interventions? A case for practice quality over quantity. *Journal of counseling psychology*, 61,491-497.

Goldberg, S.B., Knoopel, C., Davidson, R.J., Flook, L. (2019). Does practice quality mediate the relationship between practice time and outcome in-based stress reduction? *Journal of counseling psychology*, july 25.

Goldin P.R., Gross J.J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder, *Emotion* 10(1): 83.

Gotink et al (2016). 8-week Mindfulness Based Stress Reduction induces brain changes similar to traditional long-term meditation practice - A systematic review. *Brain & Cognition*, Oct; 108:32-41

Gotink, R.A., Chu, P., Busschabach, J.J. Benson, H., Fricchione, G.L., & Hunink, M.G. (2015). Standardised mindfulness-based interventions in healthcare: an overview of systematic reviews and meta-analysis of rcts. *PloS One*, 10 e0124344.

Goyal M, Singh S, Sibinga EM, Gould NF, Rowland-Seymour A, Sharma R, Berger Z, Sleicher D, Maron DD, Shihab HM, Ranasinghe PD, Linn S, Saha S, Bass EB, & Haythornthwaite JA (2014). Meditation programs for psychological stress and well-being: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*, Mar; 174(3): 357-68)

Grant JA, Courtemanche J, Duerden EG, Duncan GH, Rainville P. (2017). Cortical thickness and pain sensitivity in zen meditators. *Cancer*, Aug 15;123(16):3088-3096.

Griffiths, K.M., Farrer, L., & Christensen, H. (2010). The efficacy of internet interventions for depression and anxiety disorders: a review of randomized controlled trials. *Medical journal of Australia*, 192, S4-S11.

Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: a meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 57(1), 35-43.

Grossman, S., Niemann, L., Schmidt, S., Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: a meta-analysis. *J. Psychosom. Res*, 57: 35-43.

Harris, R. (2006). Embracing your demons: an overview of acceptance and commitment therapy. *Psychotherapy in Australia*, 12(4) aug.

Hawkins R.P., Han J.Y., Pingree S., Shaw B.R., Baker T.B., Roberts L.J. (2010). Interactivity and presence of three eHealth interventions, Comput. *Human Behav.* 26(5): 1081-1088.

Hayes, S. C. (2008c). The roots of compassion. *Keynote address presented at the fourth Acceptance and Commitment Therapy Summer Institute*, Chicago, IL.

Hayes, S.C. (2002). Buddhism and Acceptance and Commitment Therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 58-66.

Hayes, S.C. Strosahl, K., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance & Commitment therapy: an experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.

Heckenberg RA, Eddy P, Kent S, & Wright BJ (2018). Do workplace-based mindfulness meditation programs improve physiological indices of stress? A systematic review and meta-analysis. *J Psychosom Res*, 114:62-71

Hoffmann, S.G. Sawyer, A.T., Witt, A.A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78, 169-183.

Hofmann, S.G., Grossman, P., Hinton, D.E. (2011). Loving-kindness and compassion meditation: potential for psychological interventions. *Clin psychol rev*, 31, 1126-1132

Hofmann, S.G., Sawyer, A.T., Witt, A.A. & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78, 169-183.

Hollis-Walker, L., & Colosima, K. (2011). Mindfulness, self-compassion, and happiness in non-meditators: a theoretical and empirical examination. *Personality and individual differences*, 50(2), 222-227.

Hölzl BK et al. (2010). Stress reduction correlates with structural changes in the amygdala. *Soc. Cogn. Affect. Neurosci.* 5, 11-17

Howells, A., Ivtzan, I., Eiroa-Orosa, F.J. (2014). Putting the 'app' in happiness: a randomised controlled trial of a smartphone-based mindfulness intervention to enhance wellbeing, *J. Happiness Studies*, 1-23

Hutcherson, C.A., Seppala, E.M., & Gross, J.J. (2008). Living-kindness meditation increases social connectedness. *Emotion*, 8, 720-724.

Jacobsen, P. Morris, E. & Johns, L. (2010). Mindfulness groups for psychosis; Key issues for implementation on an inpatient unit. *Behavioural and cognitive psychotherapy* (online, 1-5).

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full-Catastrophe living: the program of the stress reduction clinic at the University of Massachusetts Medical Center*, New York: Delta

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: science and practice*, 10, 144-156.

Karl TRA, Schuyer BS, Mumford JA, Rosenkranz MA Lutz A, Davidson RJ. (2018). *Neuro-image*. Nov 1;181:301-313

Kashdan, T.B. & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical psychology review*, 30, 865-878.

Kelders, S.M., Bohlmeijer, E.T., Pots, W.T., & Van Gemert-Pijnen, J.E. (2015). Persuasive system design does matter: a systematic review of adherence to web-based interventions. *Journal of medical internet research*, 14, e152.

Kelly, A.C., Zuroff, D.C., Foa, C.L., & Gilbert, P. (2010). Who benefits from training in self-compassionate self-regulation? A study of smoking reduction. *Journal of social and clinical psychology*, 29, 727-755.

Kelly, A.C., Zuroff, D.C., Shapira, L.B. (2009). Soothing oneself and resisting self-attacks: the treatment of two intrapersonal deficits in depression vulnerability. *Cogn ther res*, 33, 301-313.

Kelly, C.A., Vimalakanthan, K., Carter, J.C. (2014). Understanding the roles of self-esteem, self-compassion, and fear of self-compassion in eating disorder pathology: an examination of female students and eating disorder patients. *Eat behav*, 15, 388-391.

Keng, S.-L. Smoski, M.J., & Robins, C.J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies. *Clinical psychology review*, 31, 1041-105

Khoury, B. Sharma, M., Rush, S.E., & Fournier, C. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: a meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 78, 519-528.

Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., (2013). Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clinical psychology review*, 33, 763-771.

Khoury, B., Lecomte, T., Gaudiano, B.A. & Paquin, K. (2013). Mindfulness interventions for psychosis: a meta-analysis. *Schizophrenia research*, 150 (1), 176-184.

Khusid, M.A. (2016). The emerging role of mindfulness meditation as effective self-management strategy, part 1: clinical implications for depression, PTSD and anxiety. *Military medicine*, 181(9), 961-968.

King, A.P., Erickson, T.M., Giardino, N.D., Favorite, T., Rauch, S.A.M., Robinson, E. et al. (2013). A pilot study of group mindfulness-based cognitive therapy for combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Depression and anxiety*, 30(7), 638-645

Klainin-Yobas, P., Cho, M.A., & Creedy, D. (2012). Efficacy of mindfulness-based interventions on depressive symptoms among people with mental disorders: a meta-analysis. *International journal of nursing studies*, 49, 109-121.

Kornfield, J. (1993). *A path with heart*. New York: Bantam Books.

Krieger, T., Hermann, H., Zimmermann, J. Grosse Holtforth, M. (2015). Associations of self-compassion and global self-esteem with positive and negative affect and stress reactivity in daily life: findings from a smart phone study. *Personal individ differ*, 87, 288-292.

Krieger, T., Martig, D.S., van den Brink, E., & Berger (2016). Working on self-compassion online: a proof of concept and feasibility study. *Internet interventions* 6, 64-70.

Krusche, A., Cyhlarova, E., Williams, J.M. (2013) Mindfulness online: an evaluation of the feasibility of a web-based mindfulness course for stress, anxiety and depression. *BMJ Open* 3, e003498

Kummar, A.S., Correia, H., & Fujiyama, H. (2019). A brief review of the EEG literature on mindfulness and fear extinction and its potential implications for PTSS. *Brain Sci*, 9(10), 258.

Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R., Watkins, E. Holden, E., White, K., Barrett, B., Byng, R., Evans, A. Mullan, E., Teasdale, J. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *J. Consult. Clin Psychol*, 76 (6): 966-978.)

Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R.S., Byford, S., Dalgleish, T. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behavior research and therapy*, 48, 1105-1112.

Lappalainen, P., Granlund, A., Siltanen, S., Ahonen, S., Vitikainen, M., Tolvanen, A., (2014). ACT internetbased vs face-to-face? A randomized controlled trial of two ways to deliver Acceptance and Commitment Therapy for depressive symptoms: an 18 month followup. *Behavior research and therapy*, 61, 43-54.

Laureys, S. 2019. *Het no-nonsense meditatie boek*.

Laurie, J. & Blandford, A. (2016). Making time for mindfulness. *International Journal of Medical Informatics* 96, 38-50.

Lee et al. (2018). Effects of an online mind-body training program on the default mode network: an EEG functional connectivity study. *Sci Rep*, Nov 16;8(1):16935

Leijssen, M. (1991). *Focusing in therapie*. In H. Swildens (Red.), *Leerboek gesprekstherapie*. Amersfoort/Leuven: Acco.

Levin, M.E., Pistorello, J., Hayes, S.C., & Seeley, J. (2014). Feasibility of a prototype web based Acceptance and Commitment Therapy prevention program for college students. *Journal of American College Health*, 62, 20-30.

Linehan, M.M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Louise, S., Fitzpatrick, M., Strauss, C., Rossell, S.L. & Thomas, N. (2018). Mindfulness- and acceptance-based interventions for psychosis: our current understanding and a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 192, 57-63.

Luoma, J.B., Hayes, S.C., & Walser, R.D. (2007). *Learning ACT: an acceptance & Commitment therapy skills—training manual for therapists*. Oakland, CA: New Harbinger & Reno, NV: Context Press.

Lutz A., Greischar LL, Rawlings B, Ricard M, Davidson RJ. (2004). Long-term mediators self-induce high-amplitude gamma synchrony during mental practice. *Proc Natl Acad Sci USA*, Nov 16; 101(46):16369-73

Luyten, P., Sabbe, B., Blatt, S.J., Meganck, S., Jansen, B., De Grave, C., Maes, F., Corveleyn, J. (2007). Dependency and self-criticism: relationship with major depressive disorder, severity of depression, and clinical presentation. *Depression anxiety*, 24, 586-596

Ly, K.H., Truschel, A., Jarl, L., Magnusson, S., Windahl, T., Johansson, R., (2014). Behavioural activation versus mindfulness-based guided self-help treatment administered through a smartphone application: a randomized controlled trial. *BMJ Open*, 4, e003440

Lykins, E.L., & Bear, R. (2009). Psychological functioning in a sample of long-term practitioners of mindfulness meditation. *Journal of cognitive psychotherapy*, 23, 226-241.

MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: a meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical psychology review*, 32, 545-552.

Martin, M.M, Staggers, S.M., & Anderson, C.M. (2011). The relationships between cognitive flexibility with dogmatism, intellectual flexibility, preference for consistency, and self-compassion. *Communication research reports*, 28, 275-280.

Masicampo, E.J, Baumeister, R.F. (2007). Relating mindfulness and self-regulatory processes. *Psychol. Inquiry* 18(4): 255-258

McCarney, R.W., Schulz, J., & Grey, A.R. (2012). Effectiveness of mindfulness-based therapies in reducing symptoms of depression: a meta-analysis. *European journal of psychotherapy & counseling*, 14, 279-299.

Mcewan, K., Gilbert, P. (2015). A pilot feasibility study exploring the practicing of compassionate imagery exercises in a onclinical population. *Psychol psychother theory res pract.*

Moore, P. (2008). Introducing mindfulness to clinical psychologists in training: an experiential course of brief exercises. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 15, 331-337.

Morgan, A.J., Jorm, A.F. & Mackinnon, A.J. (2012). Email-based promotion of self-help for subthreshold depression: mood memos randomized controlled trial. *British Journal of psychiatry*, 200, 412-418.

Morris, M.E, Kathawala, . Q., Leen, T.K., Gorenstein, E.E., Guilak, F. Labhard, M. Deleeuw, W. (2010). Mobile therapy: case study evaluations of a cell phone application for emotional self-awareness. *J. Med. Internet Res.* 12(2)

Murray, G., Leitan, ND.D, Berk, M., Thomas, N., Michalak, E., Berk, L., Johnson, S.L., Jones, S., Perich, T., Allen, N.B., Kyrios, M. (2015). Online mindfulness-based intervention for late-stage bipolar disorder: pilot evidence for feasibility and effectiveness. *Journal of affective disorders*, 178, 46-51.

Nahin RL, Boineau R, Khalsa PS, Stussman BJ, & Weber WJ. (2016). Evidence-Based Evaluation of Complementary Health Approaches for Pain Management in the United States. *Mayo Clin Proc.*, Sep; 91(9): 1292-306

Neff, K & Tirch, D (2013). Self-Compassion and ACT, Chapter 4; in: *Mindfulness, acceptance, and positive psychology*. Kashdan & Ciarrochi. Context Press

Neff, K (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-102.

Neff, K., Hsieh, Y., & Dejitterat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and identity*, 4, 263-287.

Neff, K.D. & Beretvas, S.N. (2012). The role of self-compassion in romantic relationships. *Self and identity*.

Neff, K.D. & McGee, P. (2010). Selfcompassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and identity*, 9, 225-240.

Neff, K.D. (2003a). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2, 223-250.

Neff, K.D. (2003b). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2, 223-250.

Neff, K.D. (2009). Self-compassion. In M.R. Leary & R.H. Hoyle (Eds.). *Handbook of individual differences in social behavior*. New York: Guilford.

Neff, K.D., & Pommier, E. (2012). The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults and practicing meditators. *Self and identity*.

Neff, K.D., & Vonk, R. (2008). Self-compassion versus global self-esteem: two different ways of relating to oneself. *Journal of personality*, 77, 23-50.

Neff, K.D., Kirkpatrick, K., & Rude, S.S. (2007). Self-compassion and its link to adaptive psychological functioning. *Journal of research in personality*, 41, 139-154.

Neff, K.D., Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: two different ways of relating to oneself. *J pers*, 77, 23-50.

Ost, L.G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis. *Behaviour research and therapy*, 46, 296-321

Pace, T.W.W., Negi, L.T., Adame, D.D., Cole, S.P., Sivilli, T.I., Brown, T.D. (2009). Effect of compassion meditation on neuroendocrine, innate immune and behavioral responses to psychosocial stress. *Psychoneuro-endocrinology*, 34, 87-98. et al., 2009).

Pagnoni G, Cekic M (2007). Age effects on gray matter volume and attentional performance in Zen meditation. *Neurobiology of aging*, 28(10):1623-7

Parsons, C.E., Crane, C., Parsons, L.J. Fjorback, L.O., Kuyken, W. (2017). Home practice in mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reductions: a systematic review and meta-analysis of participants' mindfulness practice and its association with outcomes. *Behaviour research and therapy*, 95, 29-41.

Piet, J., & Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 31, 1032-1040.

Piet, J., Wurtzen, H., & Zachariae, R. (2012). The effect of mindfulness-based therapy on symptoms of anxiety and depression in adult cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80, 1007-1020.

Pistorello, J. (2013). *Mindfulness and acceptance for counseling college students. Theory and practical applications for intervention, prevention and outreach*. Oakland, CA: Context Press.

Pots, W.T., Fledderus, M., Meulenbeek, P.A., Ten Klooster, P.M., Schreurs, K.M., & Bohlmeijer, E.T. (2016). Acceptance and commitment therapy as a web-based intervention for depressive symptoms: randomised controlled trial. *British journal of psychiatry*, 208, 69-77.

Räsänen, P., Lappalainen, P., Muotka, J., Tolvanen, A., & Lappalainen, R. (2016). An online guided act intervention for enhancing the psychological wellbeing of university students: a randomized controlled clinical trial. *Behaviour research and therapy*, 78, 30-42.

Robert M. S. (1998). *Why zebras don't get ulcers: an updated guide to stress, stress related diseases and coping*. 2nd rev Ed, April 15

Rockcliff et al. (2008). A pilot exploration of heart rate variability and salivary cortisol responses to compassion-focused imagery. *Clinical neuropsychiatry*, 5, 132-139.

Rogers, C.R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin Company.

Rose, R.D., Buckey, J.C., Zbozinek, T.D., Motivala, S.J. Glenn, D.E., & Cartreine, J.A. (2013). A randomized controlled trial of a self-guided, multimedia stress management and resilience training program. *Behaviour research and therapy*, 51, 106-112.

Rosenberg EL, Zanesco AP, King BG, Aichele SR; Jacobs TL, Bridwell DA, MacLean KA, Shaver PR, Ferrer E, Sahdra BK, Lady S, Wallace BA, Saron CD. (2015). Intensive

meditation training influences emotional responses to suffering. *Emotion*. Dec;15(6):775-90.

Russel-Williams et al (2018). Mindfulness and meditation: treating cognitive impairment and reducing stress in dementia. *Rev Neurotic*, Sep 25;29(7):791-804

Sbarra, D.A., Smith, H.L. Mehl, M.R. (2012). When leaving your ex, love yourself: observational ratings of self-compassion predict the course of emotional recovery following marital separation. *Psychol sci*, 23,261-269.

Sedlmeier, P., Eberth, J., Schwarz, M., Zimmerman, D., Haarig, F., & Jaeger, S. (2012). The psychological effects of meditation: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 138, 1139-1171

Segal, Z.V., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse*. New York: The Guilford Press.

Sepehr M (2019). Doctoral research (in the Steven Laureys research team, 2019)

Shapira, L.B., Mongrain, M. (2010). The benefits of self-compassion and optimism exercises for individuals vulnerable to depression. *J Posit psychol*, 5, 377-389.

Shapiro, S.L. Astin, J.A., Bishop, S.R., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: results from a randomized trial. *International journal of stress management*, 12, 164-176.

Shapiro, S.L. Brown, K.W., & Biegel, G.M. (2007). Teaching self-care to caregivers: effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and education in professional psychology*, 1, 105-115.

Sharma et al. (2018). Enhanced White Matter Integrity in Corpus Callosum of Long-Term Brahmakunaris Rjayoga Meditators. *Brain Connectivity*, Feb;8(1):49-55.

Shonin, E., Van Gordon, W., & Griffiths, M.D. (2014). Do mindfulness-based therapies have a role in the treatment of psychosis? *Australian & New Zealand journal of psychiatry*, 48(2), 124-127.

Slagter HA, Lutz A, Greischar LL, Francis AD, Nieuwenhuis S, Davis JM, Davidson RJ. (2007). Mental training affects distribution of limited brain resources. *PLoS Bill*, Jun;5(6):e138

Spijkerman, M.P.J., & Bohlmeijer, E.T. (2016). Effectiveness of online mindfulness-based interventions in improving mental health: a review and meta-analysis of randomised controlled trials.

Steinhubl, S.R., Muse, E.D., Topol, E.J. (2013). Can mobile health technologies transform health care? *JAMA* 310(22) 2395-2396.)

Stephenson, K.T., Simpson, T.L., Martinez, M.E. & Kearney, D.J. (2016). Changes in mindfulness and posttraumatic stress disorder symptoms among veterans enrolled in mindfulness-based stress reduction. *Journal of clinical psychology*, 73(3), 201-217.

Strauss, C., Cavanagh, K., Oliver, A., & Pettman, D. (2014). Mindfulness-based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder: a meta-analysis of randomised controlled trials. *PloS One*, 9, e96110.

Strauss, C., Hayward, M., & Chadwick, P. (2012). Group person-based cognitive therapy for chronic depression: a pilot randomized controlled trial. *British journal of clinical psychology*, 51, 345-350

Tang YY, Hölzel BK, & Posner, MI (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*, Apr; 16(4): 213-25

Terry, M.L., Leary, M.R., Metha, S. (2013). Self-compassion as a buffer against homesickness, depression, and dissatisfaction in the transition to college. *Self identity*, 12, 278-290.

Tirch, D., Schoendorff, B., Silberstein, L.R. (2014). *The ACT practitioner's guide to the science of compassion. Tools for fostering psychological flexibility. Case conceptualization, Assessments & direct clinical applications* (forewords by Hayes & Gilbert). Oakland, CA: New Harbinger Publications.

Titov, N., Andrews, G., Davies, M., McIntyre, K., Robinson, E., & Solley, K. (2010). Internet treatment for depression: a randomized controlled trial comparing clinician vs. technician assistance. *PloS One*, 5 e10939.

Trompetter, H.R., Bohlmeijer, E.T., Veehof, M.M., & Schreurs, K.M.G. (2014). Internet-based guided self-help intervention for chronic pain based on acceptance and commitment therapy: a randomized controlled trial. *Journal of behavioral medicine*, 38, 66-80.

Trompetter, H.R., Kleine, E., Bohlmeijer, E.T. (2016). Why does positive mental health buffer against psychopathology? An exploratory study on self-compassion as a resilience mechanism and adaptive emotion regulation strategy. *Cognitive Therapy and Research*, 40, 1-10.

Van Dam, N.T., van Vugt, M.K., Vago, D.R., Schmalzl, L., Saron, C.D., Olendzki, A., Meissner, T., Lazar, S.W., Kerr, C.E., Gorchov, J. (2018). Mindfulness: a critical evaluation and prescriptive agenda for research on mindfulness and meditation. *Perspectives on Psychological Science*, 13, 36-61.

Van Den Brink, E., Koster, F. (2015). *Mindfulness-based compassionate living: a new training programme to deepen mindfulness with heartfulness*. Routledge, London.

Veehof, M.M., Oskam, M.J., Schreurs, K.M.G., & Bohlmeijer, E.T. (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain. A systematic review and meta-analysis. *Pain*, 152, 533-542.

Vella, E., & McIver, S. (2018). Reducing stress and burnout in the public-sector work environment: A mindfulness meditation pilot study. *Health Promotion Journal of Australia*, 2018 Aug 18.

Villardaga, R. (2009). A relational frame theory account of empathy. *The international journal of behavioral consultation and therapy*, 5, 178-184.

Vollestad, J., Nielsen, M.B., & Nielsen, G.H. (2012). Mindfulness- and acceptance-based interventions for anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *British journal of clinical psychology*, 51, 239-260

Wahbeh, H., Svalina, M.N., & Johnsen, J.-A.K. (2008). Group, on-on-one, or internet? Preferences for mindfulness meditation delivery format and their predictors. *Open medicine journal*, 1, 66-74

Weinstein, R.S., Lopez, A.M., Joseph, B.A., Erps, K.A., Holcomb, M., Barker, G.P., Krupinski, E.A. (2014). Telemedicine, telehealth, and mobile health applications that work: opportunities and barriers. *AM. J. Med.* 127 (3) 183-187.)

Werner, K.H., Jazaieri, H., Goldin, P.R., Ziv, M., Heimberg, R.G., Gross, J.J. (2011). Self-compassion and social anxiety disorder. *Anxiety stress coping*, 25, 543-558

Wielgosz, J., Goldberg, S.B., Kral, T.R.A., Dunne, J.D. & Davidson, R.J. (2019). Mindfulness meditation and psychopathology. *Annual review of clinical psychology*, 15, 285-316.

Yarnell, L.M., & Neff, K.D. (2012). Self-compassion, interpersonal conflict resolutions and wellbeing. *Self and identity*.

Young, K.S., van der Velden, A.M. Graske, M.G., Pallesen, K.J., Fjorback, L, Roepstorff, A. Parsons, C.E. (2018). The impact of mindfulness-based interventions on brain activity: a systematic review of functional magnetic resonance imaging studies. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 84, 424-433.

Zainal, N.Z., Booth, S., & Huppert, F.A. (2013). The efficacy of mindfulness-based stress reduction on mental health of breast cancer patients: a meta-analysis. *Psychooncology*, 22, 1457-1465.

Zernicke, K.A., Campbell, T.S., Speca, M., McCabe-Ruf, K., Flowers, S., & Carlson, L.E. (2014). A randomized wait-list controlled trial of feasibility and efficacy of an online mindfulness-based cancer recovery program: the etherapy for cancer applying mindfulness trial. *Psychosomatic medicine*, 76, 257-267.

Zessin, U., Dickhäuser, O., Garbade, S. (2015). The relationship between self-compassion and well-being: a meta-analysis. *Appl psychol health wellbeing*, 7, 340-364.

Zhang MFI, Wen YS, Liu WY, Peng LF, Wu XD, & Liu QW (2015). Effectiveness of mindfulness-based therapy for reducing anxiety and depression in patients with cancer: a meta-analysis. *Medicine* (Baltimore). Nov; 94(45): e0897-0

Zhou ES, Gardiner P, & Bertisch, S.M. (2017). Integrative Medicine for Insomnia. *Med Clin North Am*. Sep; 101(5): 865-879