MINDTRAINING.BE
Wetenschappelijke onderbouw van het online leerplatform

JE VEERKRACHT VERSTERKEN VIA OP MINDFULNESS GEBASEERDE VAARDIGHEDEN IN VERSCHILLENDE FASES

Annelies De Zaeytijd

Inhoudsopgave:

SLOW: de structuur en fases in mindtraining.be 5

Mindfulness oefeningen afstemmen op jouw leerproces 6

Fase 1: Stoppen en Landen: eventjes uit je ratrace stappen 9

1. Gronden en aarden in het hier en nu met meditatie 12

2. Integratie in het dagelijks leven 12

3. Psychische EHBO-kit 13

Fase 2: Openen en Observeren 14

1. Openbloeien met meditatie 14

2. Bewust observeren van innerlijke processen met meditatie 16

3. Bewust zijn van je innerlijke processen tijdens je dag 17

4. Je Zelf als open ruimte van gewaarzijn en je innerlijke kracht ontdekken 18

Fase 3: Waardevol leven en Wijs omgaan met innerlijke demonen 21

1. Zelfonderzoek en op pad naar een vol leven 21

2. Wijs omgaan met innerlijke demonen, moeilijke gedachten en emoties 23

3. Feeding your demons 26

Train je brein, het werkt! Over hersenplasticiteit 27

Trainen van elkaar overlappende inherente menselijke kwaliteiten 29

Raakvlakken met verschillende therapeutische stromingen 30

Mindfulness traint verschillende vaardigheden/kwaliteiten 32

Mindfulness als vier kernprocessen in ACT 33

1. Mindful hier en nu 34

2. Acceptatie 34

3. Defusie 35

4. Zelf als context / het observerende zelf 36

Visie op psychisch lijden vanuit het ACT-denkkader 38

Mindfulness, heartfulness, ACT en (zelf)compassie 39

Defenitie (zelf)compassie 40

Waarom en hoe werkt zelfcompassie? 41

Waarom zelfcompassie in therapie? 42

Mindfulness, acceptatie en (zelf)compassie 43

ACT, psychologische flexibiliteit en (zelf)compassie 43

Fases in boeddhistische vaardigheidstraining en de link met mindfulness, opmerkzaamheid, Zelf-als-Context, acceptatie en compassie 46

Train je brein, en waarom dit werkt! 48

SLOW en de invloed van mindfulness op de werking van ons brein 48

Samengevat in mensentaal: hoe? waarom? wat? 54

Paralellen tussen neuro-wetenschappelijk onderzoek naar mindfulness, het ACT-denkkader en boeddhistische psychologie 56

Wetenschappelijk onderzoek naar positieve effecten op welzijn 58

Mindfulness 58

Niet-klinische populatie 58

Klinische populatie 59

Mindfulness-effect of placebo-effect? Effecten in onze hardware 61

Hoeveel moet je oefenen om een effect te ondervinden in je leven? 61

Online mindfulness interventies 62

Acceptance & Commitment Therapy 64

ACT online 65

Zelfcompassie 67

Online zelfcompassie 68

Wetenschappelijk gefundeerde indicatiestelling 69

Als hulpverlener is je eigen training cruciaal ! 69

Wanneer welke ACT interventies inzetten? 71

De ACT-hexaflex als wegwijzer in de therapie 72

Zelfonderzoek met de ACT casusconceptualisatie 74

Wanneer en waarom zelfcompassie oefeningen gebruiken? 77

Specifieke niet-klinische en klinische indicaties 78

Indicaties en contra-indicaties 80

Bij depressie en stemmingsstoornissen 81

Trauma 81

Psychose81

Borderline persoonlijkheidsstoornis 83

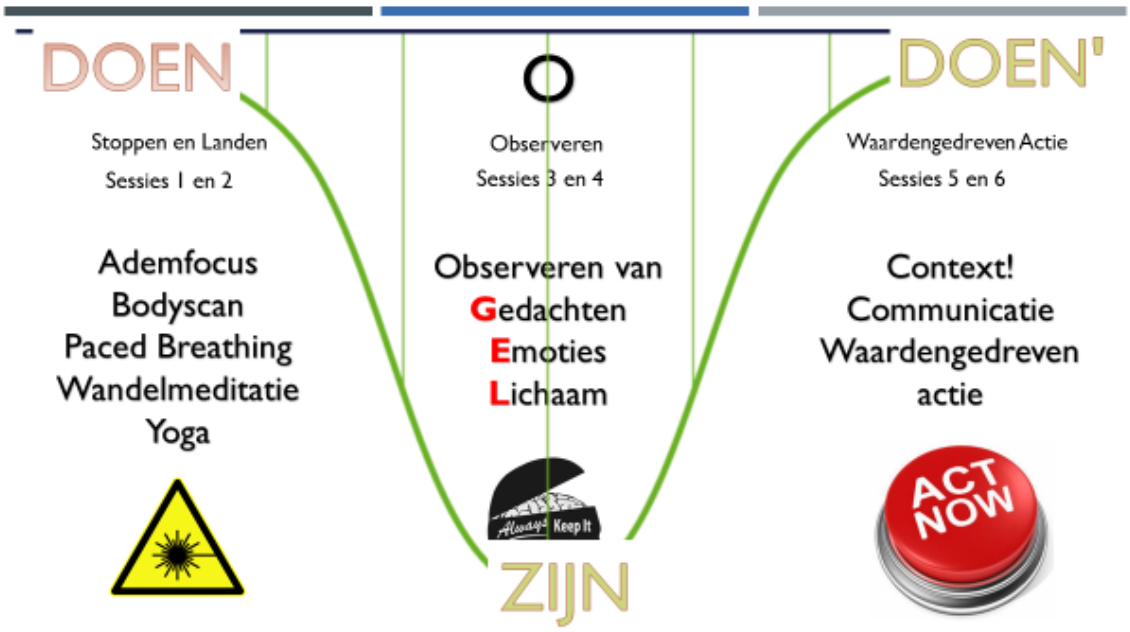
6. Referenties 84

SLOW: de structuur en fases in mindtraining.be

In de online leeromgeving mindtraining.be vind je meer dan 100 oefeningen voor psychische vaardigheidstraining, zelf-reflectie en integratie in je dagelijkse leven. Deze oefeningen zijn het neusje van de zalm die ik als klinisch psycholoog, psychotherapeut en mindfulness trainer leerde kennen tijdens mijn loopbaan. Ze zijn wetenschappelijk gefundeerd en hebben hun roots in de Boeddhistische traditie. Het zijn ervaringsgerichte oefeningen die je dichter bij jezelf brengen en je innerlijke menselijke potentieel volledig tot bloei brengen.

De oefeningen in dit online leerplatform bouwen voort op elkaar volgens **verschillende wetenschappelijk gefundeerde fases: SLOW** =

Stoppen en Landen, Openen, Waardevol leven en Wijze actie.



Hieronder leggen we de verschillende fases uit en maken we de link met de opbouw van het online leerplatform mindtraining.be. In een volgend hoofdstuk leggen we de verschillende vaardigheden die we trainen haarfijn uit aan de hand van verschillende concepten-kaders uit de psychologie. En in een later hoofdstuk leggen we het verband tussen deze vaardigheden en concepten, en de bevindingen uit neurowetenschappelijk onderzoek. Tevens geven we een overzicht van extensief outcome onderzoek naar de effectiviteit van de verschillende vaardigheidstrainingen.

- In een **eerste fase 'Stoppen en Landen**' leren we bewust leven in het hier en nu, even uit de ratrace van ons hoofd te stappen en de golven van de storm in ons hoofd tot rust brengen.

- In een **tweede fase 'Openen en Observeren'** leren we bewust naar binnen kijken en onze gedachten en gevoelens aandacht geven, van op een afstandje, zonder ermee samen te vallen of erdoor overspoeld te worden. We leren er ook onze innerlijke kwaliteiten her-ont-dekken en ons natuurlijke inherente potentieel te cultiveren via het trainen van positieve vaardigheden, zoals positieve verbinding met jezelf, je waarden en de ander in je ruimere sociale weefsel.

- In een **derde fase 'Wijs omgaan met demonen en Waardevol leven'** doen we verder aan bewust zelfonderzoek op basis van de getrainde vaardigheden. We ontdekken er meer over wat ons leven waardevol maakt en wat de obstakels (innerlijke monstertjes of demonen) zijn die een waardevol leven in de weg staan. En we nemen onze automatische reactiepatronen die ons in de problemen brengen, verder onder de loep. We leren er bewust (lees: Wijs) omgaan met moeilijke gedachten en emoties. Zo wordt je je eigen coach!

Mindfulness oefeningen afstemmen op jouw leerproces

De training van mindfulness wordt gekenmerkt door formele zitmeditatie en informele oefeningen ter integratie in het dagelijkse leven (Wielgosz et al., 2019).

Mindfulness wordt onderverdeeld in twee specifieke vormen van non-elaboratieve, non-conceptuele aandachtsgerichte 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)

We kunnen hier de vergelijking maken met de fases van Shamatha in het Tibetaans Boeddhisme. Hier wordt in de eerste fases van de training meer aandacht geschonken aan mindfulness (Tibetaans = Temba), wat betekent er met volle aandacht bij blijven, bij het object. Daar dient awareness vooral voor het opmerken van agitatie en sloomheid om dan de aandacht bij te stellen naar het enerzijds meer ontspannen van de geest, respectievelijk meer helderheid creeërne in de geest om zo volledig hier en nu aanwezig te kunnen zijn (bij het object dat we als aandachtsfocus nemen.

In de latere fases van Shamatha, als er sprake is van een meer getrainde geest, wordt er meer ruimte gelaten voor awareness van alles wat er opkomt. De geest is dan in staat om grond te houden en minder meegesleurd te worden door de opkomende gedachten en emoties. Dan is het 'zelf als context', om het met ACT-termen te benoemen, meer getraind. Defusie van gedachten en mindful aanwezig zijn bij emoties (acceptatie) zonder erdoor overschaduwd te worden, is dan ook makkelijker.

Ook bij de *sensory-awareness*-techniek uit de ***cliëntgerichte benadering*** zien we dat er sprake is van iets dat gelijkt op *open monitoring*, daar waar de cliënt leert 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 net als bij *open awareness* training eerder *free-floating*. Het laten gebeuren en toestaan van wat zich aandient staat centraal, eerder dan gerichte aandacht (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

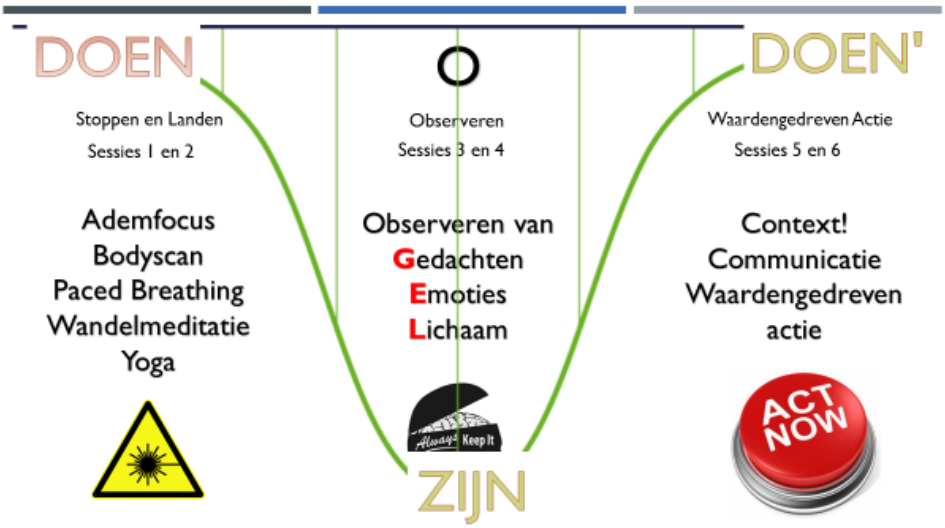
In een ***eerste fase*** werd de aandacht dan reeds getraind en heeft die enige stabiliteit. Hierdoor zal de aandacht bij de oefeningen uit de ***tweede fase*** (waarbij er een open aandacht getraind wordt) minder snel meegesleurd worden.

In deze eerste fase zijn concentratie praktijken 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 stabieler getraind is, wordt deze getrainde aandacht ook gebruikt om habituele patronen van evaluatie te verminderen. Hierdoor gaat cognitieve ruminatie =blijven vastzitten in piekerprocessen) 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: eventjes uit je ratrace stappen



In een eerste fase gaan we via concentratie praktijken aan de hand van een aandachtsfocus, de aandacht trainen.

- de bodyscan
- de ademfocus
- acceptatie via lichaamssensaties en mindful bewegen.
- de zintuigen
- de stapmeditatie
- de adempauze

Ook in deze oefeningen zit een opbouw. De makkelijkste ingangspoorten om te helpen uit het hoofd in het hier en nu te stappen zijn oefeningen 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 stabilisatie-oefening mee, zoals de bodyscan. Zie wat werkt bij jouw cliënt.

Je vindt telkens introductie-oefeningen, verder oefenen en verdiepingsoefeningen. 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 bij sommige zwaardere pathologie, dit 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 ‘verdiepingsoefeningen’, 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 'Integratie in het dagelijkse leven' gebruiken om de transfer te maken naar het dagelijkse leven.

Bij 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 goede oefening als ingangspoort bij je cliënt of om de brug te maken naar het dagelijkse leven van je cliënt.

Vanaf 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 zoomen in op sensaties en hiermee verhogen we de helderheid van de geest. Dit kan je vergelijken met als het ware meer megapixels op een foto die je neemt.

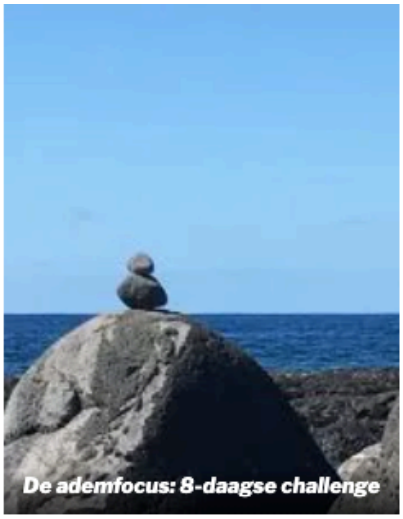
We blijven hier ook nog steeds bij de lichaamssensaties, maar gaan ook al bij onaangename sensaties leren aanwezig blijven (vb pijn, jeuk, stretch). Deze oefeningen zijn zeker ook aan te raden voor doorwinterde piekeraars, om je zo telkens uit je hoofd en in je lijf te laten stappen.

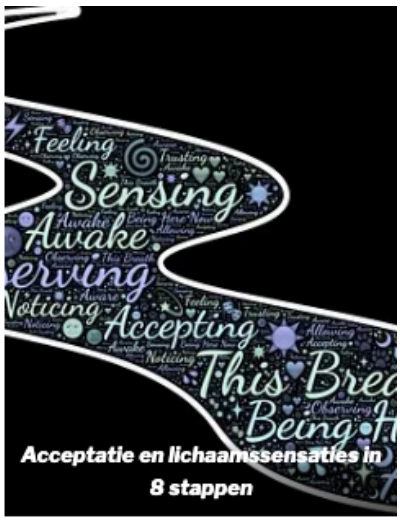
Het *'erbij kunnen blijven, ook al is het onaangenaam'* is een belangrijke vaardigheid die we nodig hebben bij de volgende fase van open aandacht. Hier trainen we al gelijkmoedigheid bij lichamelijke sensaties. In een tweede fase hebben we die gelijkmoedigheid nodig om in confrontatie met gedachten en emoties die stabiliteit te behouden en niet meegesleurd te worden in gedachten of overschaduwd te worden door emoties.

1. Gronden en aarden in het hier en nu met meditatie

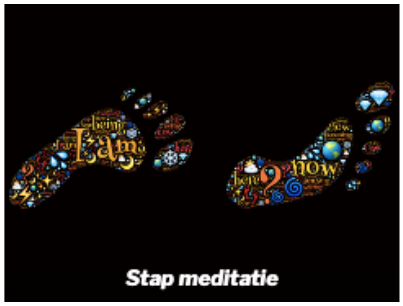
We aarden in het hier en nu via het lichaam. We cultiveren een niet-reactieve, niet-oordelende en gelijkmoedige aandacht, die evenveel milde aandacht heeft voor zaken die afkeer, gehechtheid of onverschilligheid opwekken. Zo vergroten we onze stabiliteit en opmerkzaamheid. In deze fase leren we bewust leven in het hier en nu, even uit de ratrace van ons hoofd stappen en de golven van de storm in ons hoofd tot rust brengen. Met het lichaam als ankerpunt trainen we stabiliteit, opmerkzaamheid en mildheid voor onszelf.













2. Integratie in het dagelijks leven

Via deze oefeningen kan je het geleerde uit de formele training integreren in je dagelijkse leven en koppelen aan zelfonderzoek.



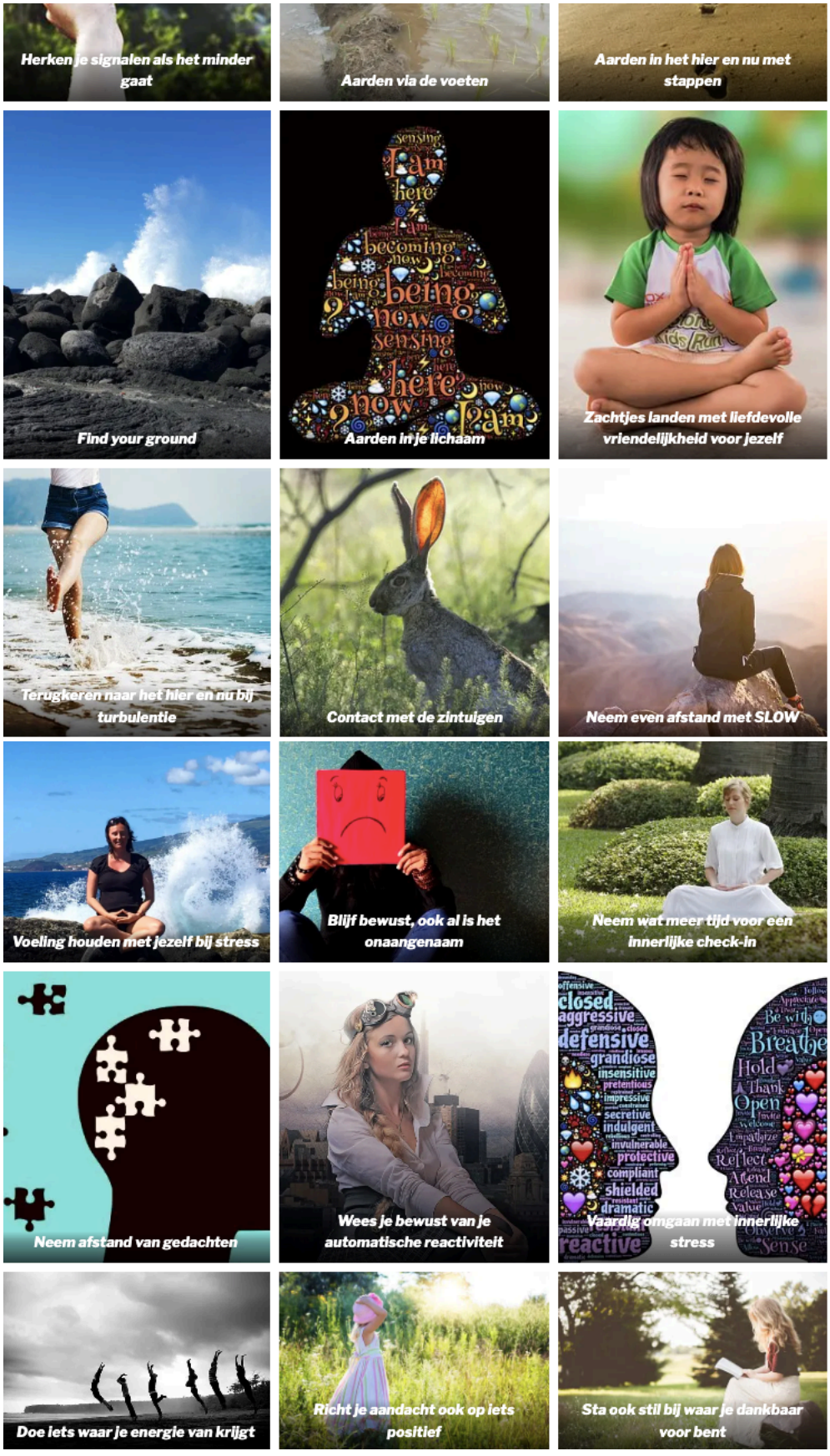




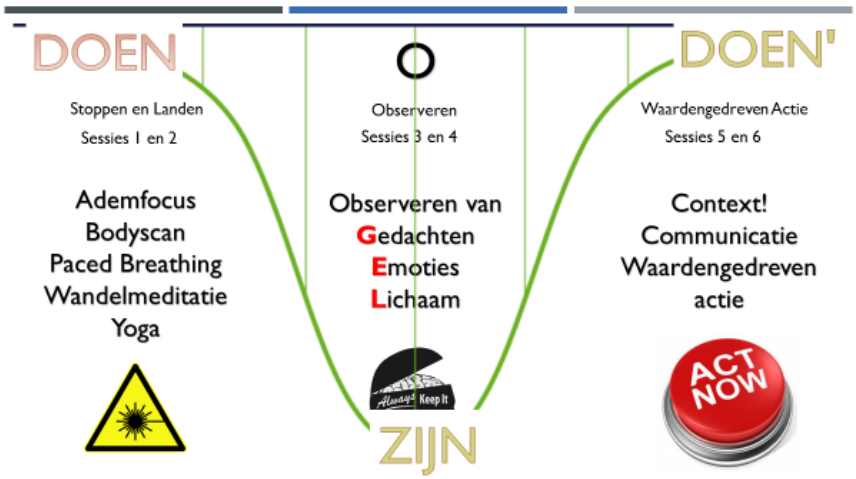
3. Psychische EHBO-kit

Deze schatkist boordevol tools helpt je het geleerde toe te passen tijdens moeilijke momenten! Never waste a good crisis!





Fase 2: Openen en Observeren



1. Openbloeien met meditatie

Hier maken we gebruik van de getrainde aandachtsvaardigheden uit de vorige fase. In deze fase verruimen we onze focus als anker in het hier en nu. We leren een innerlijke foto maken en geleidelijk onze megapixels uit te breiden. Daarbij ontdekken we ons krachtig potentieel aan natuurlijke veerkracht en cultiveren positieve emoties om daarin te ‘marineren’.





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.

- de aandacht uitbreiden
- naar binnen leren kijken
- open gewaarzijn.

Hier gaan we de aandacht en opmerkzaamheid verder oefenen, door onze focus uit te breiden van de sensaties van de adem en het lichaam, naar gedachten en emoties. Een mooie overgangsoefening hierin is de oefening 'Geluiden, gedachten emoties'. In ‘Open gewaarzijn’ 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.

Een extra ingrediënt toevoegen: liefdevolle vriendelijkheid

Vooraleer we overgaan naar het kijken naar onaangename of moeilijke gedachten en emoties, zaken die we liever gaan vermijden, kunnen we deze stabiele basis verrijken door er een extra kwaliteit van warmte, mildheid en vriendelijkheid aan toe te voegen. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt een belangrijke component uit mindfulnesstraining, 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 en 'Je Zelf als dragende ruimte'. Als hulpverlener kan je in fase één hier dus ook al aandacht aan geven bij je cliënt.

De oefeningen 'De veilige plek', 'Dankbaarheid cultiveren' en ‘Jezelf omringen met liefde' geven mensen extra grond om op te staan. Deze laatste oefening 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. ‘Jouw levensboom’ is ook een oefening 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.

2. Bewust observeren van innerlijke processen met meditatie

We maken gebruik van onze getrainde aandachtsvaardigheden en passen deze toe op het bewust waarnemen van onze binnenwereld. We leren een innerlijke foto maken en de megapixels van de foto uit te breiden via training.





We gaan specifiek onze getrainde opmerkzaamheid gebruiken bij het waarnemen van onze gedachten en emoties. In deze fase van open aandacht leren we zelf al 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.

3. Bewust zijn van je innerlijke processen tijdens je dag

Regelmatig Stoppen, Landen & Observeren maakt je Wijs! Je wordt telkens vertrouwder met jezelf.



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 (SL**O**W) gegenereerd wordt, kan **W**ijze actie of **W**aardengerichte actie ontstaan (SLO**W**).

4. Je Zelf als open ruimte van gewaarzijn en je innerlijke kracht ontdekken

In deze fase gaan we dieper in op de observator van je eigen ervaring. We ontdekken ons innerlijke potentieel aan innerlijke kracht en cultiveren positieve emoties om daarin te ‘marineren’. We leren vanuit dit wijzere en objectieve perspectief kijken naar onze ervaring, zonder ermee samen te vallen. Zo worden we niet langer overschaduwt door onze emoties of meegesleept in de verhalen die onze gedachten breien en kunnen we vrijer in het leven staan. We leren vanuit een wijzer en breder perspectief onze ervaring te bevatten met een warme blik, zonder overschaduwt te worden door emoties of onze 'oude' verhalen en staan daardoor vrijer in het leven. Integreer deze kwaliteit verder in je dagelijkse adempauzes.





In fase 2 kunnen we parallel ook oefenen met ‘zelf als context’, of het observerende Zelf, een van de 6 kernprocessen uit de ACT. Het gaat er hier om dat we een punt in onszelf ontdekken, van waaruit we met een afstand naar onze innerlijke belevingen kunnen kijken. We gaan hierdoor niet meer samenvallen met onze gedachten en emoties. Dit punt in onszelf biedt een veilige en stevige basis van waaruit we kunnen kijken. Je kan het ook zien als je ruimte van gewaarzijn van waaruit je kijkt naar alles wat zin in jou als ruimte van gewaarzijn, afspeelt.

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) en dan 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 noemen we in ACT 'zelf-als-context'. De gedachte, zoals een idee over wie je zelf bent, of wie de ander is, noemen we 'zelf-als-inhoud'.

Je kan **specifieke ACT-interventies** gebruiken in je sessie, om mensen enige voeling te doen krijgen met zelf-als-context, zoals post-its met zelf-als-inhouden kleven op jezelf (zie oefening 'Jezelf labelen').

Maar zelf-als-context kan je ook verder trainen aan de hand van **vaardigheidstraining**. De oefening 'Jezelf als dragende ruimte' komt uit de focusing-traditie en geeft extra aandacht aan de *embodiment* van zelf-als-context op een milde, warme, vriendelijke manier. In de oefening 'het observerende zelf' (uit de ACT) kan je zelf-als-context ook verder gaan trainen. Deze oefeningen kan je gerust blijven doen.

We kunnen ook 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. 'Gewaarzijn van gewaarzijn' is voor de echte fans die graag deze vaardigheid verder trainen. Hier zitten ook oefeningen bij met extra aandacht voor liefdevolle vriendelijkheid.

Hier is een sterke overlap met de oefeningen 'Open gewaarzijn'. 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 mindfulness impliciet wordt getraind. Zo zien we vaak dat ACT de vaardigheden die in mindfulnesstraining impliciet aanwezig zijn, gaat expliciteren aan de hand van metaforen en *hands-on* technieken.

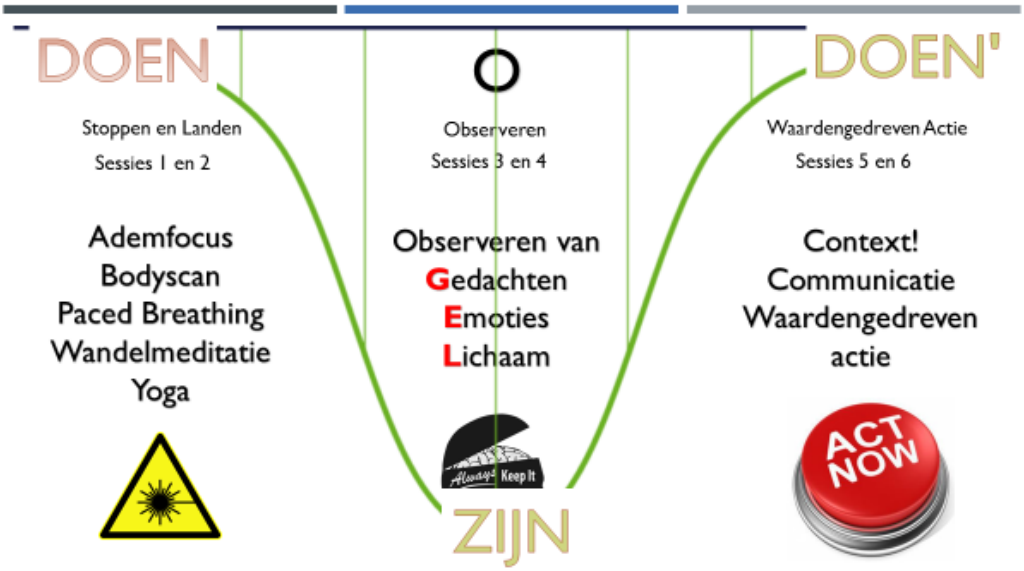
Zelfs in fase 1 van mindfulness training, zit al dit zelf-als-context impliciet aanwezig, zoals we eerder aangaven: telkens als je een gedachte opmerkt en er niet meer mee samenvalt. Ook in focus-meditaties leer je je innerlijke ervaringen opmerken en ervan los te komen, in plaats van je er mee te identificeren.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

Vooraleer je in een derde fase verder gaat met het oefenen en kijken naar moeilijke innerlijke ervaringen, zoals gedachten en emoties, dien je dus een veilige basis als context in jezelf te vinden om op te kunnen gaan staan. **Vanuit dit veilige punt van bewustzijn in jezelf kan je dan je stabiliteit behouden bij het kijken naar moeilijke innerlijke ervaringen, zonder er door overspoeld te worden**.

Dit zelf-als-context is eigenlijk het bewustzijn zelf (Hayes, 2002)**.** Dit kunnen we doen via de oefening 'Het observerende zelf' met een transcript *face-to-face* (Hayes, 2002) of door deze oefening als huiswerk mee te geven naar huis via de audio in de online leeromgeving. 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, maar dat deze innerlijke fenomenen constant veranderen (Harris, 2006).

Fase 3: Waardevol leven en Wijs omgaan met innerlijke demonen



1. Zelfonderzoek en op pad naar een vol leven

Wat met jouw ideale leven en de omwegen die je maakt? Ontdek in deze fase je innerlijke demonen die je gevangen houden in een comfortzone. Met mindfulness gaan we niet langer automatisch reageren op deze obstakels, maar er met mildheid leren bijblijven. Door te Stoppen, Landen en Observeren, leren we ervaringsgewijs dat we bewust kunnen kiezen om Wijs en naar onze Waarden te handelen. Zo gaan onze oude vastgeroeste, reactiepatronen neuronaal extinct. Via deze directe niet-narratieve ervaringswijsheid komt er vrijheid om zelf bewust keuzes te maken en te gaan voor een vol leven.



Follow your heart, embrace your demons

Waarom doen we al dat trainen en observeren van ons innerlijke nu eigenlijk? Om een waardevol leven uit te bouwen en flexibel om te kunnen gaan met onze innerlijke monsters die een waardevol leven in de weg staan.

Waarom gaan we bij psychologische flexibiliteit (zie hexaflex hieronder) onze moeilijke emoties tegemoet via acceptatie en laten we onze gedachten toe door er van op een afstand naar te kijken? 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. Wetenschappelijk onderzoek wijst uit dat positieve psychologische en gedragsuitkomsten 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 en leven naar waarden.



Bovenstaande figuur kan je gebruiken als kompas doorheen jouw proces om het stuur van je leven in eigen handen te nemen en een waardevol leven uit te bouwen, volgens jouw waarden.

In de boom kan je je **waarden** noteren als kompas dat richting geeft aan je leven. Je waarden vormen dan ook het kompas van je leerproces of therapeutische proces.

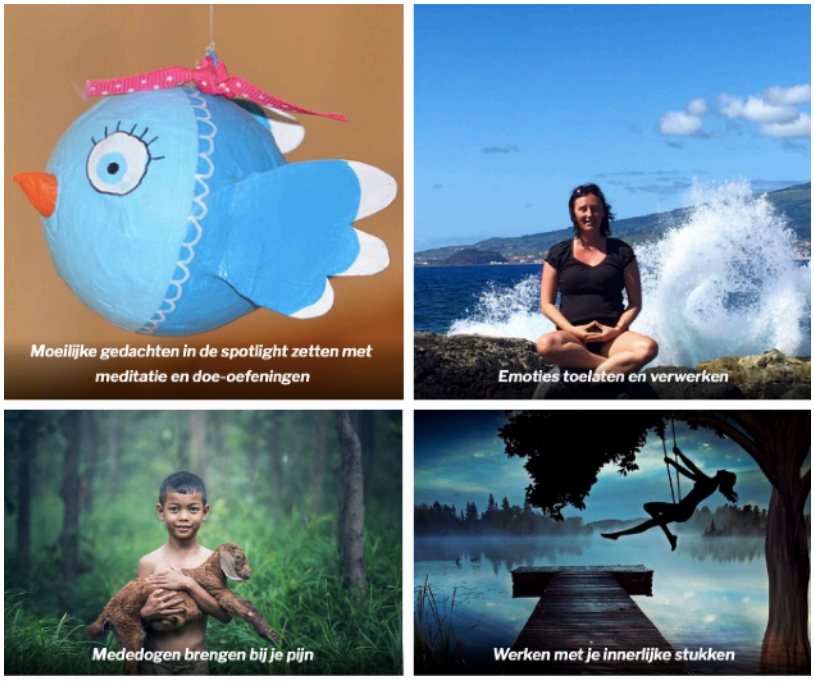
Nadat je je waarden ontdekte via het zelfonderzoek, kan je ook oefeningen doen om deze waarden in je leven meer te integreren. Met je levensbus ga je dan op weg in je leven, het vorm gevende volgens jouw eigen waarden. Om tot een waardevol leven te komen, dien je bepaalde doelen en acties te hebben die je kan afvinken. Maar bij deze ***committed* actie of waardegerichte actie** komen de **innerlijke monstertjes** of demonen opzetten (Hayes, 2002) om je de weg te versperren.

Dan heb je de keuze: om dit monster te vermijden en een andere weg in te slaan. Je vindt in de online leeromgeving ook oefeningen omtrent het spotten van je monsters en de winsten en kosten van je **vermijdingsstrategieën**. Dit kan je mooi noteren in je emotie-omweg (zie figuur). Vaak zie je dan dat deze strategie meer kosten dan winsten opbrengt en dat er nog meer monsters de kop gaan opsteken. Bovendien ben je dan ver verwijderd van een waardevol leven te leiden.

Eens waarden verheldert zijn, en we weten welke innerlijke ervaringen mensen trachten te vermijden via hun controle-strategieën (de functie van je gedrag, zie ook hoofdstuk casusconceptualisatie hieronder), kunnen we werken rond het toelaten van ongewenste ervaringen, opdat ze je niet langer in de weg zouden staan om in je leven te kunnen doen wat je echt waardeert (Harris, 2006). We kunnen dan actie ondernemen om onze waarden in ons leven te integreren en exposure doen met de ongewenste ervaringen die dan de kop opsteken (Harris, 2006).

2. Wijs omgaan met innerlijke demonen, moeilijke gedachten en emoties

In plaats van omwegen te maken en onszelf via vermijdingsgedrag in de problemen te werken, leren we anders omgaan met moeilijke innerlijke ervaringen, zoals gedachten, emoties, pijn, … Met deze oefeningen kunnen we bewust omgaan met moeilijke innerlijke ervaringen, zoals gedachten, je innerlijke zelfcriticus, emoties, pijn, ... of andere demonen.



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).

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).

Wijs omgaan met moeilijke gedachten: defusie of kijken naar gedachten

Als onze gedachten letterlijk lijken waar te zijn, we ermee samenvallen en er niet van op een afstand kunnen naar kijken, dan zijn we ermee gefuseerd. Daarom gaan we werken aan de-fusie (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 verschillende soorten oefening meegeven zoals: doe-oefeningen (gedachten zingen of gedachten knutselen), zelfreflectie oefeningen (‘mijn automatische gedachten’, ‘een gedachte-gevangenis’ of ‘realiteit versus interpretatie’) of vaardigheidstraining (bladeren op de stroom, kijken naar

gedachten met metaforen of mediteren op een moeilijke gedachte). Je kan ook het oefenblad: ‘defusie verhalen en technieken' meegeven. Zo kan je cliënt elke dag met een andere techniek oefenen.

De doe-oefeningen zijn typisch voor ACT. Deze zijn makkelijker om te doen, zeker bij dat soort negatieve gedachte-treinen die ons dreigen mee te sleuren tot in een ravijn van psychische stress. De meditatie-oefeningen liggen meer in de lijn van mindfulnesstraining en vragen een meer getrainde aandacht. De kortere intro-oefening 'Geluiden, gedachten, emoties' is bij cliënten ook populair om hun demonen in de spotlight van de aandacht te houden in plaats van ze achter het stuur van je levensbus te laten plaatsnemen.

Wijs omgaan met moeilijke emoties: acceptatie of kijken naar emoties

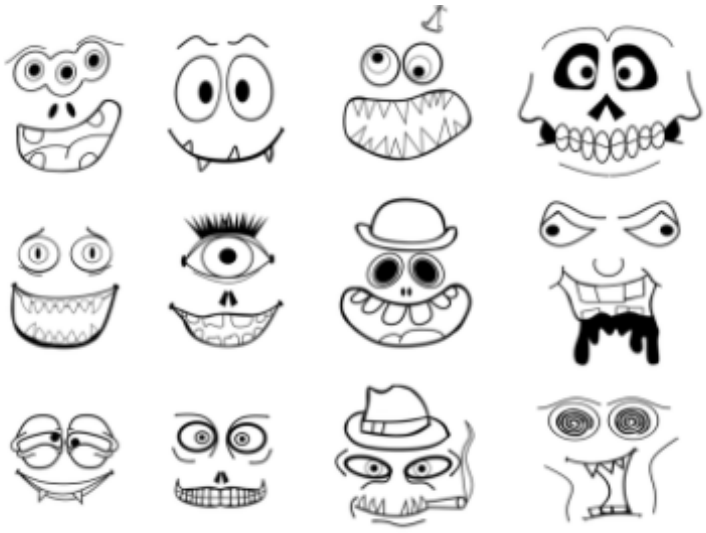
Het toelaten van ongewenste emoties, sensaties, neigingen en andere private ervaringen doen we aan de hand van allerlei acceptatie-oefeningen. Zo kunnen we als therapeut in de veilige setting van je *face to face* gesprek samen met je cliënt bijvoorbeeld focussen op verdriet in het lichaam (Harris, 2006).

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 eerst stabiliteit heeft getraind 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. Zoals eerder vermeld, kan je voorbereidende oefeningen meegeven, waarin de cliënt leert contact maken met zijn lichaam. Je kan ook focus-oefeningen meegeven met cliënten, zonder dat ze al op moeilijke emoties inzoomen. Eens die vaardigheid dan wat getraind is, kan je de oefeningen rond moeilijke emoties (fase 3) met cliënten meegeven naar huis, nadat je ze samen face-to-face hebt geoefend.

3. Feeding your demons

Wil je dieper ingaan op jouw noden die schuilgaan onder **je innerlijke demonen** en hun kracht **transformeren naar een bondgenoot op jouw pad**? Dan kan je bij een gecertificeerde facilitator hierop inzoomen in een sessie aan de hand van de Feeding Your Demons techniek.



Dit is een techniek waarbij je in conversatie gaat met je innerlijke monstertjes of je innerlijke demonen, zoals gedachten, emoties,…. én met je innerlijke wijsheid. We gaan visualisatie gebruiken om niet langer met onze demonen samen te vallen. Zo leren we ze van op een afstandje te bekijken. En we gaan ermee in dialoog via stoelenwerk. Door de onderliggende noden te ontdekken en te voeden, transformeer je je demonen tot bondgenoten met de kracht die ze inherent al in zich dragen! Vandaar dat we spreken over ‘feeding your demons’. Zo herwin jij jouw inherente kracht en kan je terug je leven ten volle leven.

Train je brein, het werkt! Over hersenplasticiteit

Het brein is continue in verandering (in tegenstelling tot wat men vroeger dacht). Meer nog, wetenschappelijk onderzoek toont aan dat we onze hersenen ook bewust kunnen trainen en herprogrammeren (Laureys, 2019). Met mentale oefeningen zoals mindfulness kunnen we ons brein trainen, zoals we spieren kunnen trainen (Tang, Hölzel, Posner, 2015). Mentale training beïnvloedt niet alleen je psychische welbevinden, maar het verandert dus ook je brein (Laureys, 2019). Er is wetenschappelijke evidentie voor **hersenplasticiteit** bij het trainen in mindfulness, gepaard gaande met symptoomreductie (Hölzel et al., 2011; Goldin et al., 2010; Haase et al., 2015; Johnson et al., 2014; Tang et al., 2015) en dit bij verschillende klinische doelgroepen, zoals o.a. bipolaire stoornissen, depressie, angst.

Meditatie heeft een invloed op de (1) structuur van het brein, (2) de verbindingen in het brein, (3) de activiteit in het brein (Laureys, 2019) en (4) de bloeddoorstroming in het brein (Russel-Williams, et al, 2018: in Laureys, 2019).

Mindfulness training beïnvloedt **na 8 weken training reeds**, naast de momentane hersenactiviteit, ook **structurele en functionele lange termijn veranderingen in het brein**

(1) Op niveau van hersenstructuur zien we een toename in de grijze materie (= neuronen) in interoceptieve[1] en sensorische regio's zoals de insula, somatosensorische cortex en pariëtale regio's (Lazar et al., 2005 in Farb et al., 2012). Dit is gelinkt met het **contact met het hier en nu** dat vergroot en **interne emotieregulatie** (ervaring en regulering van innerlijke stimuli en emoties i.e. insula). Er werd ook minder grijze materie in de amygdala gevonden wat wijst op **verminderde stress-ervaring** (Hölzl et al., 2010 in Farb et al., 2012).

[1] Interoceptie is het vermogen van een organisme om prikkels van binnenuit het eigen lichaam waar te nemen. Bijvoorbeeld ademhalen, zich dorstig voelen,…

Er is ook een dikkere grijze massa in regio's die belangrijk zijn voor de **aandacht** (i.e. prefrontale cortex en cingulaire cortex), het **geheugen** (hippocampus) en **emotionele beslissingen** (prefrontale cortex) (Fox et al, 2014; Fox et al., 2016; Russel-Williams et al., 2018).

(2) Op het niveau van de hersenverbindingen zien we een sterke ontwikkelde hersenbalk in het midden van het brein (boven de neus) (Sharma et al., 2018). Dit is een soort brug die de beide hersenhelften met elkaar verbindt. Ook de witte myeline die de neuronen isoleert **zodat de informatie onder de vorm van elektrische signalen beter kan stromen**, zou dikker worden (Laureys, 2019). Een sterker geconnecteerd brein is een gezond brein (Sharma et al., 2018; Sepehr Mortaheb, 2019; Russel-Williams, et al, 2018).

(3) Op het niveau van hersenactiviteit kon een **stabielere werking van het brein** gemeten worden aan de hand van EEG en fMRI onderzoek (Laureys, 2019). Dit werd onder andere gemeten door Steven Laureys bij meditatie experts zoals Mattieu Ricard en Lama Zeupa (Tibetaans instituut Yeunten Ling in Huy). Meer hierover kan je hier zien: https://www.mindtraining.be/over/.

Tevens worden er meer snelle gamma golven[2] gemeten (Lutz, Greischar, Rawlings, Ricard, & Davidson, 2004). Er wordt meer activiteit gemeten in de linker prefrontale cortex eerder dan de rechter prefrontale cortex, wat geïnterpreteerd wordt als een **grotere capaciteit tot innerlijke gelukservaring** (Laureys, 2019).

Mindfulness training toont na 8 weken reeds korte en lange termijn effecten in het brein, gepaard gaande met de herhaalde activatie van het limbische[3] en de interoceptieve cortices.

[2] Gamma-golven: 38 tot 80 Hz. Deze golven komen voor bij sterke mentale activiteiten zoals concentratie, studeren en problemen oplossen.

[3] Het limbisch systeem is een groep structuren in de grote hersenen die betrokken zijn bij emotie, motivatie, genot en het emotioneel geheugen.

Trainen van elkaar overlappende inherente menselijke kwaliteiten

Het ontwikkelen van vaardigheden zoals mindfulness, acceptatie en (zelf)compassie overlappen elkaar en doordesemen verschillende therapeutische stromingen. Naast de klassieke mindfulnesstraining in 8 weken, is er een 8-weken ACT (Acceptance & Commitment Therapy) training en een 8-weken zelfcompassietraining, die extensief wetenschappelijk onderzocht zijn, en de vaardigheden die er getraind worden zijn in de ervaring deels overlappende kwaliteiten.

Ik geef hieronder eerst een korte schets en ruimer kader van een aantal therapeutische stromingen die ook gebruik maken van deze op gewaarzijn gebaseerde vaardigheden.

Deze schets is echter onvolledig, want ook van bvb systeemtherapeuten, gestalt-therapeuten etc hoorde ik dat zij raakvlakken zien tussen deze online oefeningen en de daarbij horende concepten en vaardigheden, en hun therapeutische stroming. Een uitgebreid overzicht valt niet binnen het korte tijdsbestek van dit opzet.

In de onderstaande schets van de verschillende vaardigheden die in deze online leeromgeving getraind worden, heb ik extra aandacht voor de overlap en de gemeenschappelijke noemer van deze verschillende concepten/menselijke kwaliteiten/vaardigheden.

Raakvlakken met verschillende therapeutische stromingen

Mindfulness praktijken werden geïncorporeerd in heel wat van ***de derde golf gedragstherapieën*** (Harris, 2006) en zijn ook grondig onder de loep genomen in outcome studies:

- MBSR = Mindfulness-Based Stress Reduction (Kabat-Zinn, 1990)
- MBCT = Mindfulness-Based Cognitive Therapy (Segal et al., 2002)
- DGT = Dialectische gedragstherapie (Linehan, 1993)
- Person-based cognitive therapy (Chadwick, 2006; Dannahy et al., 2011; Strauss, Hayward, & Chadwick, 2012)
- ACT = Acceptance & Commitment Therapy (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999; Luoma, Hayes, & Walser, 2007)

Deze hebben allen gemeenschappelijk: regelmatige mindfulness meditatie en integratie in het dagelijkse leven. Deze 3e generatie gedragstherapieën worden ook meer en meer evidence-based (voor reviews, zie: Ost, 2008; Vollestadt et al., 2012).

De theoretische onderbouw van mindfulness-based interventies werd afgeleid uit ***boeddhistische contemplatieve praktijken***, die mindful aandacht in het hier en nu op niet-reactieve manier cultiveren (Goldberg et al., 2019).

MBSR werd in 1979 door Kabat-Zinn ontwikkelt als interventie voor chronische gezondheidsproblemen (Kabat-Zinn, 2013). ***MBCT*** werd oorspronkelijk ontwikkelt om herval in depressie te vermijden bij terugkerende depressies en voegde cognitieve technieken toe aan het MBSR-protocol (Segal et al., 2002).

Voor mensen met borderline persoonlijkheidsstoornis, verslaving en binge-eetproblematiek wordt voornamelijk ***DGT*** als therapie ontwikkelt, waar mindfulness als vaardigheid ook een belangrijk onderdeel van uitmaakt (Linehan, 1993; Chapman, 2006). Voor mensen met psychose werd dan weer het person-based cognitive therapy protocol ontwikkeld.

ACT werd gecreëerd door Steve Hayes in 1986. ACT is een collectie van oefeningen, metaforen en procedures. De technieken werden vaak elders gehaald:

uit de humanistische beweging, oosterse tradities, gedragstherapie etc. (Hayes, 1999). ACT is ook *geïnspireerd door verschillende therapeutische stromingen,* waaronder existentiële therapie, experiëntiële, humanistische therapie. Het is ook contextueel. In ACT wordt een *event* namelijk begrepen binnen een historische sociale situationele context. De functie van het gedrag binnen het geheel wordt bekeken. ACT is ook contextueel omdat het de verbale context probeert te veranderen eerder dan de inhoud van verbaal gedrag (Hayes, 1999). Er zijn ook vele parallellen tussen ACT en ***Boeddhisme*** (Hayes, 2002).

Er is heden meer en meer interesse om mindfulness toepassingen ruimer te gebruiken, dan waar ze oorspronkelijk voor ontwikkeld waren: in de context van klinische interventies voor angst, depressie en andere klinische problemen (Allen et al., 2006; Carmody, 2009: in Goldin et al., 2010).

Niet alleen de gedragstherapie maakt echter gebruik van mindfulness. Gewaarzijn van de innerlijke ervaringen is namelijk een vaardigheid die zeer centraal staat in vele therapieën.

Carl Rogers liet zich door het oosters gedachtegoed inspireren o.a. bij opmerkzaamheidtraining (Tophoff, 2005). Zo sprak Rogers (1961) over de kenmerken van *'the fully functioning person'*: openheid voor de eigen ervaring: elke stimulus, of het nu binnen in het organisme of in de omgeving ontstaat, zonder distortie door een defensief mechanisme. Ook al is het een herinneringsspoor aan iets van vroeger, of iets beangstigend of ongewenst, *'the person would be living it, would have it completely available to awareness'* (p 18-19) (in Tophoff, 2005).

Bij ***focusing*** (***Gendlin***, 1981) richt de cliënt zijn aandacht naar binnen en laat een globaal lichamelijk gevoel opkomen omtrent een specifieke situatie of een probleem (Leijssen, 1991). Basale condities hierbij zijn : aandacht, luisterende aanwezigheid en stilte. Bij focusing gaat het over gerichte aandacht (op de *felt sense* van een specifiek probleem) eerder dan open gewaarzijn zonder focus (Tophoff, 2005). De felt sense is het lichamelijk doorvoelde aspect van een emotie. Hierdoor gaat men echt focussen op het lichaam en wordt men minder makkelijk meegesleurd door het drama van de daarbij bijhorende gedachten en verhalen.

Mindfulness traint verschillende vaardigheden/kwaliteiten

Mindfulness traint verschillende vaardigheden die we ook terugvinden bij ACT en zelfcompassie training.

Definities mindfulness =

- = de vaardigheid om gedachten, sensaties en gevoelens in het huidige moment met een open en ***accepterende*** houding toe te laten en te observeren (Kabat-Zinn, 1990; Kabat-Zinn, 2013; Bishop et al., 2004).
- **=** experiëntieel open zijn voor de realiteit zonder oordeel, ***vermijding*** of onderdrukking (Bishop et al., 2004).
- **=** bewust zijn van de huidige momentane ervaring op een heldere en gebalanceerde manier (Brown & Ryan, 2003).
- = ook niet-oordelend en ***gedecentreerde acceptance*** van onze ervaring in dit moment, exact zoals het is (Tirch et al., 2014). Zichzelf daarbij ***loskoppelen*** van de gehechtheid aan de *opvattingen*, gedachten, emoties en daarbij een grotere ***emotionele balans*** en welzijn cultiverend (Ludwig & Kabat-Zinn, 2008).

Woorden schieten echter tekort om duidelijk te maken waar mindfulness over gaat. Als je wil weten wat mindfulness is, doe dan eens de oefening 'mindful proeven' (fase 1: luik mindful hier en nu met de zintuigen).

Mindfulness ontwikkelt (Segal et al., 2013):

- De mogelijkheid zelf-devaluerende ruminatieve ***gedachtepatronen te erkennen****, te decenteren* en ervan los te koppelen. Het ***niet reïficeren van de inhoud*** *van de gedachten* of perceptie. Gedachten zien als *gedachten* eerder dan als representaties van een objectieve realiteit (Wielgosz et al., 2019). In ACT noemen we dit proces ***defusie***.
- Ontwikkelen van ***meta-gewaarzijn***
    - = gewaarzijn van de eigen mentale processen

    - = gedachten en emoties kunnen observeren als tijdelijke en automatische gebeurtenissen in de geest, ipv als echte feiten of ware representaties van een realiteit
    - Vergelijkbaar met wat in ACT ***zelf-als-context*** genoemd wordt.
- ***Zelfcompassie***

Op die manier bevordert mindfulness ***psychologische flexibiliteit*** en reduceert het maladaptieve gewoontes en reacties (Kabat-Zinn, 2013; Segal et al., 2013).

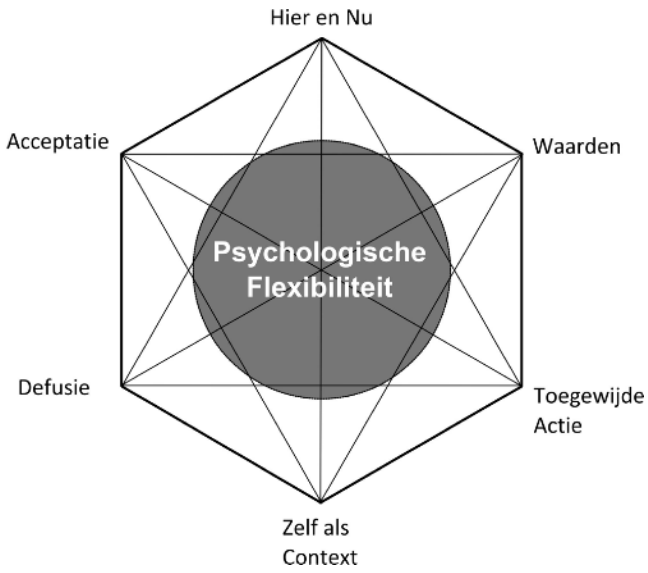
Mindfulness als vier kernprocessen in ACT

Zoals we hierboven al merkten bij het lezen van de definitie van mindfulness, zitten hier ook al belangrijke vaardigheden of kernprocessen uit de ACT in vervat. We herkennen hier niet alleen het kernproces ***contact met het hier en nu***, maar ook de concepten ***acceptatie***, ***defusie***, en ***zelf als context.***

ACT is niet alleen een mindfulness-based gedragstherapie dat gebruik maakt van een mix aan metaforen, paradoxen, mindfulness skills en experiëntiële oefeningen en door waarden geleide gedragsinterventies (Harris, 2006). Harris (2006) merkt op dat ***mindfulness*** kan onderverdeeld worden in 4 categorieën (4 van de 6 kernprocessen van ACT:

1. Acceptance
2. Cognitieve defusie
3. Het observerende zelf (= zelf als context)
4. Contact met het hier en nu

ACT technieken, die psychologische flexibiliteit bevorderen, helpt mensen hun *relatie* met gedachten en gevoelens te veranderen via het cultiveren van mindfulness (Neff & Tirch, 2013). De zes kernprocessen voor psychologische flexibiliteit worden soms ook weergegeven in een hexaflex figuur:



1. Mindful hier en nu

Mindfulness is bewust gewaarzijn brengen bij de ervaring in het hier en nu met openheid, interesse en receptiviteit (Harris, 2006).

Door deze innerlijke ervaringen (zoals pijn) mindful te observeren (*ipv automatisch te reageren)* wordt nieuw en meer effectief of aangepast gedrag mogelijk. Zich volledig engageren in wat je doet, eerder dan in gedachten verzinken (Harris, 2006). ACT = Accept, Choose, take action (Emery & Campbell, 1986 in Hayes, 2002).

Deze vier processen doen we met als doel een waardevol leven te kunnen leiden. Zicht krijgen op je waarden is dan ook een belangrijk deel van ACT, alsook het leven naar je waarden (toegewijde actie). Dit zijn de twee kernprocessen in ACT die de hexaflex vervolledigen.

2. Acceptatie

Veel mensen beseffen hun eigen (emotionele) pijn niet, daarvoor is een zeker bewustzijn of mindfulness nodig. Of ze geraken zo gepreoccupeerd met het oplossen van de problemen, dat ze geen voeling hebben met hun eigen pijn (Neff & Tirch, 2013). Mindfulness gaat tegen dat soort vermijding in en laat de realiteit van onze ervaring in ons bewustzijn toe, ook al is die onaangenaam.

Volgens de grondlegger van mindfulness Jon Kabat-Zinn (1990), kan de vaardigheid mindfulness enkel getraind worden, door gedurende dit leerproces de tijd te nemen om de ***confrontatie*** aan te gaan met moeilijke emoties, eerder dan ze te vermijden. Zo zijn aversieve ervaringen tijdens de meditatie, zoals jeuk of pijn, verveling, irritatie, ongeduld, gedachten die de zin van de meditatie in vraag stellen, etc. dus heel zinvol en deel van het aanleren van deze vaardigheid.

Mindfulness heeft niet als doel directe ervaringen (gedachten emoties, sensaties) te veranderen (zoals het niet meer voelen van onaangename innerlijke ervaringen), maar wel om onze manier van ermee om te gaan te veranderen via niet-oordelende accepterend gewaarzijn van de ervaring in het hier en nu.

Mindfulness = je gevoelens toelaten zoals ze zijn, ze laten komen en gaan eerder dan proberen ze te controleren. Zo worden ze minder ondraaglijk (Harris, 2006).

Dus acceptatie betekent niet dat we de dingen zomaar moeten aanvaarden. Het gaat hier om de vaardigheid, de ervaringen te zien voor wat ze zijn, erbij te blijven, ook als zijn ze onaangenaam: ons ervoor te openen, ze toe te laten, precies zoals ze zijn, zonder wegduwen of zonder toevoegsels. ***Acceptatie*** is een actief proces (en niet zomaar masochistische onderdompeling in onze stress) in de cultivatie van psychologische flexibiliteit en de beweging naar een zinvol leven (Tirch, Schoendorff & Silberstein, 2014).

Oefeningen hiervoor kan je vinden bij de oefeningen rond Emoties: bvb de expansie oefening, waar we via de adem, ruimte gaan geven aan een emotie en de lichamelijke sensaties die met de emotie gepaard gaan, observeren. Deze oefening heeft enige overlap met ***focusing***, waar we ons focussen op de *felt sense* in het lichaam. Dat wil zeggen kijken naar de lichamelijke sensaties gepaard gaande met een emotie, deze ruimte geven en zien hoe die verandert. Bij focusing komt er vaak ook het benoemen van deze sensaties bij en zien hoe de sensaties op de benoeming ervan reageren.

3. Defusie

Mindfulness voorkomt dat we ***over-geïdentificeerd*** geraken in negatieve gedachten en gevoelens en zo in aversieve automatische reacties meegesleurd worden (Bishop

et al., 2004). ***Overidentificatie*** = het fixeren of reifiëren van onze huidige moment-tot-moment ervaring: deze veranderlijke gebeurtenissen of ervaringen als definitief en vaststaand, permanent ervaren (Neff & Tirch, 2013). Mindfulness kan dus onze *relatie* met pijnlijke gedachten en gevoelens *veranderen*, zodat de impact ervan op ons vermindert (Harris, 2006). Het gaat hier over het loskoppelen van een letterlijke ervaring van mentale events (Neff & Tirch, 2013). We gaan er niet mee samenvallen of ermee fuseren, maar kijken ernaar vanop een afstand. Dit noemen we defusie. Het gaat bij defusie dus niet over de *inhoud* van de negatieve gedachten veranderen naar positieve gedachten zoals bij de tweede generatie cognitieve gedragstherapie. De inhoud blijft dezelfde, maar onze houding tegenover die gedachten (de manier waarop we ze waarnemen als het ware, met het mentale zintuig zou je kunnen zeggen) verandert. Dat is een vaardigheid die je te trainen hebt en niet zomaar gemakkelijk toe te passen is. Er moet in je ervaring een soort 'klik' komen. Het is niet iets dat je makkelijk met je verstand kan begrijpen. Integendeel, dat verstand gaat heel graag in discussie met de inhoud van de gedachten of zelfs met de uitleg rond defusie.

In ACT gaan we in plaats van **de inhoud van gedachten te veranderen: de context veranderen**: de letterlijke kwaliteit ervan veranderen. We gaan niet met de gedachte in discussie, maar **kijken** ernaar (zie fase 2: Bewust naar binnen leren kijken). Dit kunnen we bijvoorbeeld doen door honderd maal luidop de gedachte te herhalen, of een kleur en vorm geven aan de gedachte (zie fase 2: doe-oefeningen met gedachten). De gedachte wordt behandelt zoals men uiterlijke objecten behandelt (Hayes, 2002). Een andere techniek is het labelen van de gedachten. Deze technieken verzwakken de tendens om de gedachte te beschouwen als datgene naar waar het verwijst (Hayes, 2002). Je kan ook **de lichamelijke sensaties of emoties en neigingen gepaard gaande met de gedachte observeren** EN **dit zien als events** of gebeurtenissen in een zich ontvouwend en altijd veranderend proces (Hayes, 2002), zoals hierboven beschreven bij 'acceptatie'.

4. Zelf als context / het observerende zelf

Dit punt van afstand waarmee we kijken naar onze innerlijke ervaringen, kan je vergelijken met het zelf-als-context. Zoals een stil wateroppervlak zonder rimpels,

weerspiegelt mindfulness wat er gebeurt, zonder distortie *of zonder gecontamineerd te worden door onze toevoegingen,* we kijken vanuit een wijzer en objectiever ***perspectief*** op onszelf en ons leven (Neff & Tirch, 2013). Het gaat hier over het loslaten van overidentificatie met een *narratief* zelf (*zelf als inhoud versus zelf als context)* (Neff & Tirch, 2013).

In ACT wordt onderscheid gemaakt tussen 3 zelven (in Hayes, 2002):

- Zelf als inhoud = het geconceptualiseerde zelf = wat ACT wil ondermijnen: 'kill yourself everyday'.
- Zelf als proces = zelf als een doorgaand proces van kennen van de dynamische fluïde processen in de eigen ervaring.
- Zelf als context = een overstijgend of transcendent zelf: helpt om de innerlijke moeilijke events toe te laten vanuit dit bredere perspectief.

Mindfulness en zelfcompassie geven een ervaring van observator te zijn voor je eigen ervaring, van moment tot moment, zonder ermee samen te vallen of erin te verdrinken. Het observerende zelf of 'zelf als context' (Hayes et al., 1999): daarin worden onze ervaringen gedragen (of contained). Deze observator kan de inhouden van het bewustzijn waarnemen en valt niet samen met de inhoud (Neff & Tirch, 2013). Het gewaarzijn vanuit dit observerende zelf zorgt ervoor dat onze pijnlijke innerlijke ervaringen en verhalen minder vat op ons hebben. We worden minder meegesleurd in onze verbale leergeschiedenis en negatieve zelf-oordelen (Vilardaga, 2009; Hayes, 2008). Dit is een hele moeilijke vaardigheid en vraagt veel training in fase 1. Maar soms kan het zijn als een bepaald stuk in ons getriggerd geraakt, dat we daarin vastgeraken en meegesleurd worden. Dan is het goed om even al de mindfulness naast je neer te leggen en eventjes iets anders te gaan *doen,* of te verbinden met anderen die je helpen om dit even te dragen en er afstand van te nemen, erover praten met een therapeut,… Of gelijk welke manier om daar even uit te stappen.

Visie op psychisch lijden vanuit het ACT-denkkader

ACT is meer dan een technologie of verzameling aan technieken. Deze technieken worden gebruikt, consistent aan de ACT theorie en filosofie (Hayes, 1999).

Volgens ACT zijn de ***normale psychologische processen*** *v*rij *destructief en oorzaak van psychisch lijden***.** Het doel van ACT is geen symptoom reductie. De visie is net dat voortdurende pogingen om van symptomen af te geraken net meer klinische stoornissen creëren omdat lijden veroorzaakt wordt door ***experiëntiële vermijding*** en emotionele controle. Doel van ACT is een rijk en betekenisvol leven creëren, terwijl je de onvermijdelijke pijn die daarbij hoort accepteert (Harris, 2006).

Van zodra een ervaring als *symptoom* wordt benoemd, wordt het als iets pathologisch gezien en dus iets waar we vanaf moeten komen. Terwijl in ACT de doelstelling net is om onze relatie met moeilijke gedachten en gevoelens te transformeren, zodat we ze niet meer als symptomen percipiëren. In de plaats daarvan leren we ze als ongevaarlijke (ook al zijn ze oncomfortabel) veranderlijke psychologische gebeurtenissen te ervaren. Paradoxaal komt er hierdoor soms een symptoomreductie tot stand, maar dat is niet het doel (Harris, 2006).

Onderzoek wijst uit dat hoge experiëntieel **vermijden** geassocieerd is met angststoornissen, depressie, slechte werkprestaties, verslaving, lage levenskwaliteit, borderline persoonlijkheid, groter risico op ptss en alexithymie (Harris, 2006). ACT richt zich op deze **vermijdingsstrategieën of emotionele controle strategieën** in zoverre ze meer kosten dan winsten opleveren. Het is volgens ACT niet angst die de essentie is van een angststoornis, maar wel het gepreoccupeerd willen **vermijden** van die angst. Minder duidelijke emotionele controle strategieën zijn rumineren, zelfkritiek, anderen beschuldigen, … (Harris, 2006).

De benadering van psychopathologie in ACT kan samengevat worden in FEAR = Fusie – Evaluatie – Avoidance – Redenen geven (Hayes, 2002).

- Fusie: door dit verbaal gedrag van fusioneren of samenvallen met de inhoud van onze gedachten, gaan we minder in voeling met de directe ervaring leven, maar meer in ons hoofd.

- Evaluatie: dit wordt vermeerderd met evaluatie. We kunnen het heden vergelijken met situaties waar we angst voor hebben of naar verlangen en daardoor meer gaan lijden.
- Avoidance: vermijden van innerlijke ervaringen.
- Redenen geven = zinloze pogingen om te begrijpen en verklaren als een methode tot controle. Reden-gevers hebben de neiging te rumineren in reactie op negatieve gemoedstoestanden (Addis & Carpenter, 1999).

Therapeutische interventies geven een alternatief via mindfulness skills: het leren stoppen met vechten tegen innerlijke ervaringen, ze ruimte geven. En de vrijgekomen tijd en energie spenderen aan committed actie (Harris, 2006).

Psychische gezondheid is leven volgens je gekozen waarden en hierbij een niet-defensief contact houden met je innerlijke ervaringen (gedachten, gevoelens, lichaamssensaties, herinneringen) (Hayes, 2002). ACT helpt mensen om hun externe en innerlijke (denken en voelen) gedragsrepertoire te verbreden, zelfs in moeilijke omstandigheden of moeilijke emoties (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). Positieve psychologische en gedragsuitkomsten in ACT werden geproduceerd door het ***accepteren*** van voordien vermeden innerlijke ervaringen (Bond & Bince, 2000, in (Hayes, 2002).

ACT gaat over **ACTIE** nemen geleid door onze waarden op een volledig presente manier. De onvermijdelijke innerlijke obstakels en ongewenste private ervaringen (gedachten, beelden, gevoelens, sensaties, neigingen en herinneringen) die daarbij horen, worden via bovengenoemde mindfulness skills op een effectieve manier tegemoet getreden (Harris, 2006).

Mindfulness, heartfulness, ACT en (zelf)compassie

Eerder gaven we reeds aan dat zelfcompassie mede door mindfulness wordt ontwikkeld. Volgens Kabat-Zinn (2003) betekent het woord *mind* en *heart* in Aziatische talen hetzelfde. Hij stelt dat mindful aandacht, ook een affectionele compassionele kwaliteit in de aandacht infuseert, een soort van openhartige

vriendelijke aanwezigheid en interesse. De laatste jaren ging in wetenschappelijk onderzoek meer en meer aandacht naar dit aspect van compassie. Uit outcome onderzoek blijkt dat zelfcompassie en psychologische flexibiliteit, sterk negatief gecorreleerd zijn met angst, depressie, psychopathologie en hoog positief gecorreleerd zijn met levenskwaliteit (Kashdan & Rottenberg, 2010). De (zelf)compassietrainingen schoten dan ook als paddenstoelen uit de grond. In deze online leeromgeving werden tevens een aantal specifieke oefeningen rond zelfcompassie en liefdevolle vriendelijkheid opgenomen.

Defenitie (zelf)compassie

Mededogen of compassie is niet alleen een waarde, maar het behelst ook motivationele, emotionele en cognitieve elementen (Tirch et al., 2014). Het activeert emoties die gelinkt zijn aan intieme en dichte relaties: empathie, warmte en zorg. Het activeren van deze emotie-netwerken faciliteert op zich dan weer gefocuste, flexibele aandacht en een breed gamma aan gedrag (Tirch et al., 2014).

Compassie = (Tirch et al., 2014):

- een sensitiviteit voor de aanwezigheid van lijden in onszelf en anderen
- de motivatie om dat lijden te verlichten of te voorkomen
- patronen van gedachten en gedrag die ons vasthouden in de vechtmodus met onze ervaringen begrenzen.

Zelfcompassie is niet hetzelfde als (Baer, 2010):

- egocentrisme: omdat het erkent dat lijden en incompleetheid deel zijn van de universele menselijke ervaring.
- zelfmedelijden:
    - omdat dit vergeet dat anderen ook lijden in gelijkaardige manieren
    - overidentificatie, waardoor men extreem ondergedompeld wordt in negatieve emotie
    - onmogelijkheid om een objectief perspectief in te nemen.
- zelfvertrouwen

Zelfcompassie wordt geoperationaliseerd als een interactie tussen 3 componenten (Neff, 2003):

1. Vriendelijkheid naar zichzelf zonder harde oordelen
2. *Common humanity*: fouten en falen zijn deel van het mens zijn
3. Mindfulness : een gebalanceerd gewaarzijn van pijnlijke gedachten en gevoelens behouden, eerder dan ze vermijden, te onderdrukken of ons ermee te over-identificeren.

Vriendelijkheid naar jezelf gaat over het tolerant zijn naar je eigen fouten en falen met begrip naar jezelf toe en een steunende attitude naar jezelf in plaats van hierop te reageren via zelfkritiek (Neff & Tirch, 2013). Dit wordt uitgedrukt aan de hand van aanmoedigende innerlijke zelfspraak. We geven onszelf hierbij warmte en onvoorwaardelijke aanvaarding. Dit staat in sterk contrast met het automatisch schieten in het zoeken naar oplossingen en ons eigen lijden hierbij negeren. We pauzeren eventjes emotioneel om onszelf met vriendelijkheid en warmte bij te staan (Neff & Tirch, 2013).

Common humanity gaat over het innemen van een breder perspectief. We erkennen dat uitdagingen in het leven en persoonlijk falen gewoon deel zijn van het mens-zijn, waardoor we ons meer verbonden voelen met anderen, eerder dan geïsoleerd gefocust op onze eigen kwetsbaarheid en waardeloosheid die vaak tot tunnelvisie leidt (Neff & Tirch, 2013). Er is geen persoonlijk falen: wij zijn een expressie van miljoenen voorbestaande omstandigheden die allen samenkomen en ons vormgeven in dit huidige moment (Neff & Tirch, 2013).

Waarom en hoe werkt zelfcompassie?

Zelfcompassie (Neff & Tirch, 2013):

- deactiveert het bedreigingssysteem dat natuurlijk in gang schiet bij gevaar: gepaard gaande met zelfkritiek, onveilige hechting, defensiviteit.
- activeert het *self-soothing system* (zelfverzachtend systeem): geassocieerd met ***veilige hechting***, veiligheid, en het oxytocine-opiate systeem.
- Bevordert emotionele balans door gevoelens van veiligheid en verbondenheid te vergroten, en het verminderen van gevoelens van bedreiging en isolatie.

- activeert het ***parasympathisch zenuwstelsel*** en is geassocieerd met een betere emotieregulatie (Porges, 2007).

Meer zelfcompassie wordt gelinkt aan positieve emoties zoals geluk, nieuwsgierigheid, enthousiasme, interesse, inspiratie en opwinding (Hollis-Walker et al., 2011; Neff et al., 2007). Het gaat er niet om dat we positief moeten denken eerder dan negatief. Als je het negatieve wegduwt, keert het zeker terug (Wenzlaff & Wegner, 2000), zo blijkt uit onderzoek. Negatieve emoties zijn net een voorwaarde om zelfcompassie te ervaren. Onderzoek toont aan dat mensen met meer zelfcompassie, minder de neiging hebben om ongewenste gedachten of gevoelens weg te duwen (Neff, 2003a). Ze gaan net meer bereidheid vertonen om negatieve emoties te ervaren, te erkennen en te valideren als belangrijk (Neff et al., 2007). Zelfcompassie helpt om de greep van negativiteit te verminderen (Neff & Tirch, 2013). In plaats van negatieve gevoelens door positieve gevoelens te vervangen, worden net positieve gevoelens gegenereerd in het omarmen van de negatieve gevoelens. Gevoelens van zorg, verbondenheid en kalmte worden gegenereerd als we ons lijden benaderen met vriendelijkheid, *common humanity* en mindfulness (Neff & Tirch, 2013).

Hierdoor ontstaat er meer *open-mindedness* en daarmee ook meer mogelijkheid om de respons aan te passen aan de situatie en meer effectieve copingsmechanismen te hanteren (Sbarra et al., 2012).

Waarom zelfcompassie in therapie?

Zelfcompassie kan een belangrijk proces zijn in psychotherapeutische verandering. (Neff & Tirch, 2013). Er is een link tussen zelfcompassie als vaardigheid en de ***hechtingsstijl***: mensen met een veilige hechtingsbasis hebben meer zelfcompassie. Mensen die opgroeiden in een stresserende en conflictueuze thuis hadden minder zelfcompassie (Neff & McGee, 2010). Daarboven vonden Vetesse et al. (2011) een link met latere moeilijkheden in emotie regulatie, psychopathologie en verslaving (Neff & Tirch, 2013). Vandaar het belang om in klinische interventies ook zelfcompassie vaardigheden aan te leren om hun coping te verbeteren (Neff & Tirch, 2013).

Mindfulness, acceptatie en (zelf)compassie

Mindfulness, compassie en acceptatie zijn heel geïnterrelateerde processen (Tirch et al., 2014):

- ***Mindfulness*** laat ons wakker worden in het huidige moment en aanwezig zijn bij wat er zich daarin ook aandient (Tirch et al., 2014)
- ***Compassie*** laat ons toe met vriendelijkheid in het huidige moment te verwijlen en geeft ons toegang tot aangemoedigd zijn in het licht van lijden (Tirch et al., 2014)
- Deze ervaring van compassie kan meer ***acceptatie*** van het huidige moment faciliteren: terwijl we ons richten naar de pijnlijke en verontrustende ervaringen (Tirch et al., 2014).

Deze kwaliteiten zijn heel belichaamd, eerder dan conceptueel! Het is een belichaamde soort van intelligentie, dat voortkomt uit onze typisch menselijke zorgende repertoires die al inherent in ons als kwaliteiten aanwezig zijn (Tirch et al., 2014).

Studies toonden het effect van mindfulness training op de verhoging van zelfcompassie (Neff, 2003b; Lykins & Bear, 2009: in Baer, 2010). Zelfcompassie medieert de stressreductie bij mindfulness trainingsprogramma's (Shapiro et al., 2005). De omgekeerde correlatie tussen mindfulness training en depressieve symptomen wordt gemedieerd door zelfcompassie, net als de correlatie tussen mindfulness en minder ***cognitieve reactiviteit*** (Kuyken et al., 2010). Cognitieve reactiviteit is de tendens om op verdriet te reageren met depressieve gedachtengangen. Zelfcompassie zou een belangrijke rol kunnen spelen in het voorkomen van herval in depressie doordat automatische gedachtepatronen verandert worden (Neff & Tirch, 2013). Compassie verhoogt gewaarzijn en inzicht in automatische emotionele reacties zoals zelfkritiek (Gilbert, 2010b).

ACT, psychologische flexibiliteit en (zelf)compassie

Volgens Hayes (2008) is zelfcompassie de enige waarde die inherent in het ACT model van therapeutische verandering (de hexaflex processen van psychologische flexibiliteit) aanwezig is. De wortels van zelfcompassie zijn in de 6 processen uit de

hexaflex aanwezig en werken samen in een interactieve manier (Neff & Tirch, 2013). Bepaalde processen uit ACT zijn essentiële voorwaarden voor zelfcompassie (Hayes, 2008). Ook compassie oefeningen kunnen bijdragen tot het verhogen van deze psychologische flexibiliteit van mensen (Tirch et al., 2014; Martin et al., 2011). We zetten nog even de hexaflex processen op een rijtje (Neff & Tirch, 2013):

- Directe experiëntieel contact met de ervaring van moment tot moment (contact met het hier en nu)
- Loskoppelen van een letterlijke ervaring van mentale events (*defusie*) die ons gedragsrepertoire vernauwen
- Experiëntiële *acceptatie*
- Loslaten van overidentificatie met een narratief zelf (*zelf als inhoud* versus *zelf als context)*
- Contact met onze waarden
- Leven volgens die waarden

Compassionele flexibiliteit (Tirch et al. 2014) reflecteert een bepaalde *kwaliteit* van psychologische flexibiliteit, eerder dan dat het ergens op 1 plek van de hexaflex aanwezig zou zijn.

- Het gaat hier om de mogelijkheid om **contact** te maken met het huidige moment op een volle manier, bewust en emotioneel responsief met volgende kwaliteiten:

- Sensitiviteit tot de aanwezigheid van lijden (in zichzelf en anderen) + de motivatie (**waarde**) dit te voorkomen en te verlichten
- ***Commitment*** om de aandacht terug te brengen naar het verlichten en het voorkomen van lijden
- De mogelijkheid flexibel het perspectief te verbreden: naar een **breder perspectief** van zelf en anderen (inclusief empathie en sympathie)
- De mogelijkheid zichzelf **los te maken van** excessieve evaluatieve en oordelende gedachten

- Een open perspectief op de menselijke ervaring kunnen behouden om psychische stress in zichzelf en anderen te kunnen **tolereren** (Neff & Pommier, 2012)

Fases in boeddhistische vaardigheidstraining en de link met mindfulness, opmerkzaamheid, Zelf-als-Context, acceptatie en compassie

Mindfulness en opmerkzaamheid of *awareness* zijn ook belangrijke vaardigheden die getraind worden binnen het traditioneel Tibetaans Boeddhisme, meer bepaald de Shamatha-praktijk die het meeste lijkt op de stabilisatie-oefeningen uit fase 1: Stoppen en Landen.

- Mindfulness = Temba (in het Tibetaans) = zich herinneren erbij te blijven, aanwezig zijn bij wat je hier en nu bezighoudt.
- Awareness = Opmerkzaamheid = monitoring als je geest meegenomen word door agitatie of onder invloed is van sloomheid.

Er wordt meer aandacht besteed aan Shamatha via focus-meditaties die gebruik maken van een object als anker voor de aandacht (zoals de adem, het lichaam, een visueel object zoals een beeldje of een mentaal object zoals een visualisatie).

In latere fases van Shamatha, als de mindfulness en awareness-vaardigheden al getraind zijn, kan er afgeweken worden van het focus-object en kan er meer van op een afstand (zelf als context) gekeken worden naar wat er uit de geest naar boven komt drijven aan gedachten, emoties, …. Te vergelijken met fase 2 in mindtraining.be: Openen en Observeren, waarin we trainen met Zelf als Context, positieve emoties en krachtsymbolen om contact te maken met onze innerlijke veerkracht.

Maar in het Boeddhisme gaat men heel lang trainen met deze stabilisatie-fases alvorens verder over te gaan naar de volgende fases. Omdat het trainen van deze basisvaardigheden (erbij blijven en opmerkzaamheid of mindfulness en awareness) net als zo fundamenteel beschouwd worden. In de Tibetaanse Kagyupa traditie worden deze in 9 fases van Shamatha elk met hun bijhorende vaardigheden, kwaliteiten en valkuilen, nauwkeurig omschreven. Deze zijn in het Shamatha-project (Alan Wallace) tevens extensief wetenschappelijk onderzocht.

In de latere fases van Shamatha kan dan geleidelijk de overgang naar Mahamoudra (vergelijkbaar met open awareness), Vipassana (= naar binnen kijken, naar gedachten en emoties) en de 4 immeasurables (positieve emoties zoals liefdevolle vriendelijkheid, mededogen, vreugde en gelijkmoedigheid) gemaakt worden.

Ook in de Lojong praktijk (zie ook compassietraining) worden al deze aspecten afzonderlijk en aanvankelijk zeer gestructureerd getraind in 4 onderdelen:

- Gronden in kracht,
- Stabiliteit trainen,
- Positieve emoties en Zelf als Context trainen,
- Mededogend en Wijs omgaan met (innerlijke) pijn bij zichzelf of de ander.

Dit laatste is dan vergelijkbaar met focusing en zelfcompassie-oefeningen, waarbij men vanuit de innerlijke dragende kracht (positieve emoties en zelf als context) **met mildheid en warmte en met voldoende afstand** toch de pijn toelaat, waardoor die ruimte krijgt (**acceptatie**) en transformeren of zoals in het Boeddhisme gezegd word ‘zichzelf kan bevrijden”.

Maar hiervoor is het dus van groot belang dat er voldoende innerlijke stabiliteit werd getraind via de eerste fases. Zoniet, worden mensen meegesleurd in hun emotionele pijn of meegesleept door negatieve gedachten en deze trein riskeert te eindigen in een ravijn. Dus een goede begeleiding bij de oefeningen is cruciaal!

Train je brein, en waarom dit werkt!

SLOW en de invloed van mindfulness op de werking van ons brein

Nu we de theorie hadden, kunnen we even teruggrijpen naar het neurowetenschappelijke onderzoek.

Mindfulness kan automatische emotionele reactiviteit verminderen en positieve emotie-regulatie bevorderen => waardoor er minder vermijdingsgedrag, minder en klinische symptomen ontstaan (Goldin et al., 2010).

Mindfulness zou gaan over het begrenzen van de automatische elaboratieve en zelf-referentiële processen (die we met ACT ***zelf-als-inhoud*** zouden kunnen noemen).

Het is interessant ook hier even een korte zijsprong te nemen naar de neurowetenschappen, om even de link te maken tussen de theorie en de verklaringsmechanismen op niveau van de werking van het brein.

Chronische stress breekt het immuunsysteem, het geheugen en het leervermogen af (Robert, 1998). Om minder last te hebben van stress, moeten we onze amygdala- en emotie netwerken kalmeren. Na 30 uur mindfulness-meditatie kunnen we **minder activiteit** vinden in de **amygdala**, wat een **rustige geest** betekent. Dit gebeurt tijdens meditatie, maar ook in de basisconditie bij mensen met langdurige meditatie ervaring (Karl, Schuyer, Mumford, Rosenkranz, Lutz, & Davidson, 2018). Het is echter niet het doel van mindfulness om een rustige geest te bekomen via vermijdingsgedrag en het trachten tot rust te komen. Mindful emotie-regulatie **vermeerderd net het emotioneel gewaarzijn** door de **midline prefrontale reacitiviteit te verminderen** ten voordele van **volgehouden limbische netwerk activatie** (Farb et al., 2012).

In mensentaal betekent dit dat we onaangename ervaringen (zoals lichaamssensaties, gedachten, emoties) net wél gaan toelaten en er mindful aandacht aan blijven geven van moment tot moment, eerder dan ze via allerlei

automatische reacties te gaan vermijden, zoals piekeren, vecht- of vluchtmodus, doe-modus, …

Experiëntiële vermijding zoals het niet kunnen dragen van stresserende gedachten, emoties of fysieke sensaties via automatische reacties daarop, **speelt een rol bij het in stand houden van psychische stress,** zoals bvb ***angst***.
Mindfulness leert ons daarentegen niet-oordelend en niet-reactief aanwezig te zijn bij deze stresserende ervaringen met een open nieuwsgierige aandacht. Dit kan de aversieve kracht ervan doen afnemen en leiden tot een verminderde vlucht- of vecht respons.

- Bij ***PTSS*** (Post-Traumatische Stress Stoornis) zien we bijvoorbeeld een verminderde activatie van de prefrontale cortex en een overactieve *amygdala*, die resulteert in angst, **vermijdingsgedrag**, **hyperarousal** en slechte impulscontrole (Kummar et al., 2019). Mindfulness heeft net het omgekeerde effect op deze breinregios, wat een verbeterde emotieregulatie tot gevolg heeft (Khusid, 2016).

- Ook bij **depressie** is er een omgekeerde activerende respons in de amygdala, daar waar mindfulness een beschermende niet-reactiviteit in de *amygdala* tot gevolg heeft (zowel tijdens rust als in reactie op verdriet).

- Uit een onderzoek bij ***sociale angst*** (SAD = Social Anxiety Disorder) merken we een verminderde *amygdala* respons in reactie op negatieve emotionele uitdagingen, na een mindfulnesstraining, gepaard gaande met minder subjectieve klachten (Goldin et al., 2010).

Neuronale netwerken en mechanismen onderliggend aan niet-oordelend momentaan gewaar wijzen op het richten van de aandacht op een brede monitoring van momentane fluctuaties in de ervaring (Farb et al., 2012). Vertaald naar ons SLOW-model spreken we hier over Stoppen en Landen.

Mindfulness vermindert de habituele tendens om emotioneel te reageren en te rumineren over voorbijgaande innerlijke ervaringen zoals gedachten of fysische sensaties (Ramel et al., 2004; Teasdale et al., 2000 in Goldin et al., 2010).

Er is sprake van een ***verminderde cognitieve elaboratie*** ten voordele ***momentaan gewaarzijn***, waardoor er minder automatische negatieve zelfevaluatie is, een verhoogde tolerantie voor negatief affect en pijn. Wij spreken hier in ons SLOW-model over Openen en Observeren.

Uit hersenonderzoek blijkt dat bewust gewaarzijn van emotie de ***habituele dysforische reacties*** kan onderbreken en nieuwe omgang strategieën zoals ***zelfcompassie*** en ***acceptatie*** kan toelaten (Farb et al., 2012). In ons SLOW-model spreken we hier over Wijsheid en Waardenvol handelen. Zelfcompassie en acceptatie gaat over vaardigheden in het omgaan met innerlijke ervaringen, maar evengoed kunnen we dit toepassen op Wijs omgaan met een lastige situatie of een conflict met iemand, omdat we net niet vanuit onze eigen emotionele reactiviteit en vermijding gaan reageren, maar in contact daarmee, en in contact met onze waarden.

SLOW = Stoppen, Landen, Observeren en Wijs handelen. Mindfulness doet ons Stoppen, Landen in het moment en waarnemen wat er gebeurt, vooraleer in een automatische reacties (zoals onze gewoonte om bvb vanuit kwaadheid te reageren) te schieten. Door te Observeren wat er in ons aan 3 G's gebeurt (Gedachten, Gevoelens, Gewaarwordingen in het lichaam) in een lastige situatie, en daar even bij te blijven, leren we iets. Dit leren gaat over zien wat er gebeurd in dit momentane hier-en-nu spel. Het is leren door niet-reactief waarnemen. Daaruit komt een ander soort weten, dan cognitieve kennis. Dit noemen we Wijsheid, vanuit waarnemen. Vanuit dit ander soort ervaringsgericht Wijs weten, kunnen we Wijs responderen, in plaats van automatisch reageren. Dit geeft ons het stuur van ons leven weer in eigen handen, eerder dan dat we gevangen zitten in onze oude patronen. Mindfulness geeft ons heel eenvoudig maar heel krachtig de kans om die determinatie-ketting te doorbreken.

Er werden verschillende neurale paden (pathways) gevonden in neurowetenschappelijk onderzoek naar emotieregulatie. We illustreren dit aan de hand van een voorbeeldje uit het dagelijkse leven (Farb et al., 2012): een motto die achter je staat bij het oversteken van een straat, toetert. Je bent hierdoor aangedaan

en er zijn verschillende manieren waarop je hierop kan reageren om deze emotie te reguleren.

1. Cognitieve herinterpretatie (= *reappraisal*): Je produceert de gedachte: “Hij was een happy motorist die dringend naar huis moest voor een ziek kind.”.

2. Mindfulness: observeren van mijn sensaties, hoe voelt mijn lichaam in reactie op wat gebeurde, handen op mijn stuur, *waarnemen* dat gedachten beginnen te racen en het event opnieuw afspelen, … nieuwsgierigheid en acceptatie hierbij brengen door deze ervaringen toe te laten.

Bij cognitieve herinterpretatie (*reappraisal*) van een emotie zien we een top-down prefrontale regulatie van limbische activiteit (Farb et al., 2012). Dit zou ***bij stemmingsstoornissen verstoord*** lopen wegens een verminderde verbinding tussen de prefrontale cortex (PFC) en de limbische regionen zoals de amygdala. Hierdoor is het herinterpreteren en beoordelen van negatieve gevoelens geen zinvolle strategie. Emotionele info in het limbisch systeem wordt niet beïnvloed door deze prefrontale cortices. In de plaats daarvan worden habituele dysforische interpretaties gecreëerd wat tot rumineren (vasthangen in piekeren) leidt (Nolen-Hoeksma, 2000; Watkins et al., 2008 in: Farb et al., 2012). Het gevolg van pogingen tot top-down cognitieve controle is een overdreven werving van de prefrontale cortices (vnl. bij depressieve patiënten). Deze cognitieve elaboratie *triggert automatisch* ***negatieve zelfoordelen*** die mensen niet de baas kunnen (Farb et al., 2012).

Bij mindful emotie regulatie (Farb et al., 2012) worden automatische dysforische evaluaties gecorrigeerd door de aandacht te richten op sensaties eerder dan evaluaties, via de cultivatie van ongecompliceerd niet-oordelend gewaarzijn van sensaties. Door op deze manier expliciet gelijkmoedige aandacht te cultiveren, kunnen cliënten:

- (1) erkennen en
- (2) loskomen van conceptuele oordelen als automatische reactie op deze sensaties, wat andere corticale regio's activeert (anders dan de disfunctionele prefrontale limbische loop) (Farb et al., 2012).

De meer laterale PFC (= prefrontale corticale) activiteit voor het richten van de aandacht (Davidson et al., 2003; Farb et al., 2007) zou kunnen wijzen op het inhiberen van prepotentiële elaboratieve reacties (Farb et al., 2012). Mindfulness zou dus eerder gaan over **het begrenzen van de automatische elaboratieve en zelf-referentiële processen**. Dit kan leiden tot een vorm van neurale extinctie (Farb et al., 2012).

Hieruit zouden we verkeerdelijk kunnen concluderen dat mindfulness de onderdrukking van cognitieve processen teweegbrengt, een soort van nihilistische emotieregulatie strategie. Hoewel gedachten vermijden enkel meer dysforisch affect voorspelt (Ottenbreit & Dobson, 2004 in: Farb et al., 2012). Bij mindfulness wordt de aandacht echter positief gericht naar ***open gewaarzijn van moment tot moment,*** waardoor er een ***niet-conceptuele focus van aandacht*** ontstaat (die niet gesteund wordt door de corticale midline activiteit).

Dit betekent dat we ons onmiddellijk gaan engageren in directe ervaring met de sensatie eerder dan via habituele interpretatie-paden = minder affectieve interpretaties (i.e. *appraisal*) (Farb et al., 2012). Het gaat hier dus om een ***non-elaboratieve, non-conceptuele aandacht*** (Ludwig & Kabat-Zinn, 2008 in Farb et al., 2012; Lutz, Slagter, Dunne, & Davidson, 2008: in Goldin et al., 2010) voor het hier en nu, ook al is dat onaangenaam.

Dit wijst op een meer sensorische representatie van het zelf, eerder dan ***het conceptuele zelf*** dat als een meer *stabiel object* over tijd wordt gezien en dat via de prefrontale cortex verloopt (Kelley et al., 2002; Northoff et al., 2004 in Farb et al., 2012). Kortom: mindful emotieregulatie kan worden gezien *als een proces dat zich richt naar de momentane ervaring, eerder dan een inhibitie via cognitie* (Farb et al., 2012). De analyse van neurale netwerken ondersteunt de idee dat verbeterde ***sensorische*** toegang een kern kenmerk van mindfulness zou zijn (Farb et al., 2012).

Mindfulness verbetert dus de emotieregulatie en vermindert stress door de activering van fronto-limbische netwerken (Tang et al., 2015). Functionele neurologische beeldvorming toonde aan dat mindfulness volgende effecten heeft:

- ***gereduceerde narratieve en conceptuele zelffocus***, ten voordele van experiëntiële en sensorische zelffocus (Farb et al., 2007: in Goldin et al., 2010). Dit wil zeggen: minder automatische evaluatieve reacties, waarbij gevolgtrekking gemaakt worden naar het zelf en de wereld (!!) (Farb et al., 2012). Het gaat hier over een vorm van directe, niet-conceptuele waarneming.
- ***verminderde conceptueel-linguïstische zelfverwijzende processen*** (Goldin et al., 2010).

Uit review onderzoek naar verschillende wetenschappelijke studies (Young et al., 2018) blijkt een **vooruitgang van het gewaarzijn van de momentane ervaring** (verhoogde insular cortex activiteit) (interoceptief gewaarzijn). Het gaat hier over de cultivatie van **tolerantie van uitdagende ervaringen zoals pijn, intense emoties of onthutsende gedachten**, een verbeterde ***acceptatie***.

Verandering in de hersenactiviteit (meer stimulatie in anterieure cingulate cortex bij emotionele stimuli) (Fox et al., 2016; Tang et al., 2015) bij mindful emotieregulatie kan geïnterpreteerd worden als niet-oordelende ***acceptatie*** processen: oa: herkenning en erkenning van emotionele responsen en ***cognitieve distantie processen*** (Young et al., 2018).

Er treedt dus een verandering op in onze ***relatie met*** negatieve gedachten door ons er meer bewust van te maken en meer open en accepterend voor negatieve ervaringen, met als bij-effect, dat de intensiteit ervan dan net gaat verminderen (Khusid, 2016).

De sleutel voor de ontwikkeling van een gelijkmoedige aandacht om onze automatische emotionele reactiviteit te verminderen is het **intentioneel cultiveren van gewaarzijn bij emotionele info, zoals de sensaties die emoties in het lichaam teweegbrengen**. Als bewustzijn gebracht wordt bij deze emotionele informatie, dan wordt de amygdala minder geactiveerd, ten voordele van de activatie van prefrontale corticale resources (Farb et al., 2012)**.**

Bij mindfulness training is het eerst nodig via gefocuste aandacht op sensaties van het lichaam een prefrontaal aandacht netwerk ontwikkelen (Farb et al., 2012). Het gaat hier dus niet simpelweg over meer activatie van één welbepaalde regio ten

voordele van een andere regio, maar over een herschikking in de activatie van de verschillende regio's en de verbinding daartussen.

De plasticiteit op vlak van verbinding en grijze materie speelt zich af in regio's die de prefrontale cortex en limbische regio's *verbinden* (zoals de anterieure cingulate (Lane et al.,1997 in: Farb et al., 2012), subgenuale cingulate (Mayberg et al., 1999) en anterieure insula (Seeley, 2007 in: Farb et al., 2012)).

De PFC (= prefrontale cortex) wordt beïnvloed in de zin van een herschikking van cognitieve resources naar sensoriële paden. Dit is consistent met de idee dat de locus van **moment-tot-moment niet-oordelend gewaarzijn** buiten het conventionele prefronto-corticale aandachtsnetwerk ligt. Dit alternatieve aandachtsnetwerk zou gesitueerd zijn in de paralimbische structuren.

Samengevat in mensentaal: hoe? waarom? wat?

Het neurowetenschappelijk onderzoek naar mindfulness kan onze hersenen wel eventjes door elkaar klutsen, maar het belangrijkste dat we hier eigenlijk dienen te onthouden is dat het systematisch aandacht schenken aan sensaties in het lichaam via focus-meditatie en vervolgens open-monitoring meditaties, een vorm van niet-conceptuele waarneming van innerlijke ervaringen tot gevolg heeft. We stellen ons dus net wel open voor moeilijke emoties, gedachten of lichaamssensaties. Via een getrainde aandacht (en versterkt brein via concentratie-meditatie), lukt het de beoefenaar om hier grond te houden en niet overspoeld te worden door gedachten of emoties maar ze ‘waar te nemen’. Door moeilijke gedachten en emoties van op een afstand in onze aandacht te houden, zonder er verder op door te denken en conclusies te gaan trekken over ons 'zelf', de wereld, ons verleden of de toekomst, cultiveren we een non-conceptuele open houding. Waardoor we onze oude negatieve gedachten, zelfbeeld, of andere beelden niet langer gaan voeden of er niet meer in gevangen geraken. We gaan dus niet meer meegesleurd worden in pieker-processen of andere automatische reacties en vermijdingsstrategieën die de situatie alleen maar verergeren en psychische stress verhogen.

Door een vorm van neuronale extinctie van deze vechtmodi, krijgen we toegang tot andere omgangsvormen zoals acceptatie en zelfcompassie. Vanuit dit niet-

conceptueel meta-gewaarzijn kunnen we moeilijke gedachten, emoties en sensaties toelaten en erbij blijven vanuit de directe ervaring, als altijd veranderende gebeurtenissen in het hier en nu, zonder deze te gaan fixeren in blijvende representaties van een vaststaande realiteit die een mentale gevangenis kan worden van waaruit we onze realiteit blijven interpreteren (=prefrontale regulatie van limbische activiteit). In die zin geeft mindfulness ons meer vrijheid en de mogelijkheid om uit onze zelf-gecreëerde *mental box* te stappen en onze oude *self-fulfilling prophecies* minder vat op ons hebben. *Out of the box* leven wordt meer mogelijk gemaakt. Je stapt letterlijk uit je hoofd, in het leven.

Paralellen tussen neuro-wetenschappelijk onderzoek naar mindfulness, het ACT-denkkader en boeddhistische psychologie

We zien hier een overlap met ACT, die met zijn technieken ook de relatie met gedachten verandert, in plaats van met de gedachten in discussie te gaan om ze te veranderen. Bij ACT is dit soort interventies van naar gedachten kijken gebaseerd op de Relational Frame Theory (RFT). Volgens deze theorie ligt de **oorzaak van lijden in taal** (symbolen, woorden, beelden, etc) en cognitie, zoals analyseren, vergelijken, evalueren, plannen, herinneren etc. Hierdoor zijn we in staat pijnlijke gebeurtenissen te herleven, angst te hebben voor toekomstige gebeurtenissen, te vergelijken, oordelen, bekritiseren etc. Taal zorgt dat we met onze eigen gedachten en gevoelens kunnen vechten. Hoewel evolutionair gezien, *problem solving* ons wel voorsprong gaf, dit werkt wel in de materiële wereld, maar niet in onze innerlijke wereld (Harris, 2006).

Het is niet de bedoeling hier een uiteenzetting te doen van de RFT. Maar in het kader van het schetsen van het ruimere denkkader, is het wel interessant, hier kort iets over te zeggen. Een verbaal event is deel van een **relationeel *frame***. Verbale kennis is het resultaat van netwerken van sterk uitgewerkte en onderling verboden afgeleide stimulus relaties. Dat is waar onze psyché vol van is. Verbale relaties zijn dominant. Verbale stimuli zijn meer dan woorden. Dingen hebben betekenissen, situaties dragen betekenissen. Deze relaties worden van kinds af aan gemaakt (Hayes, 2002). Het zou interessant zijn deze theorie eens te vergelijken met de psychoanalyse en Lacans theorie van het onbewuste en de rol van betekenaars en betekenaarskettingen. Maar dat zou ons hier te ver leiden.

Gebeurtenissen en symbolen kunnen letterlijk fusioneren: over een trauma praten is alsof het terug aanwezig is. Als stimulus relaties ontstaan zijn, is het heel moeilijk deze nog te breken (Saunders, 1989 in: Hayes, 1999). We kunnen het netwerk wel uitbreiden, maar niet wegtoveren. We kunnen verbale netwerken echter wel verzwakken door de context die deze verbale processen ondersteunen te veranderen, eerder dan op de verbale inhoud te focussen. ACT probeert deze knopen te ontwarren door de verbindingen van taal zelf losser te maken (Hayes,

1999). over hoe dit precies te werk gaat: in de *Sautrantika* school of in de *middle way.* Deze video geeft hier duidelijk aan waar het over gaat in de RFT: www.youtube.com/watch?v=XvnEn1Y-gcQ

Ook in het Boeddhisme wordt de fixatie van ervaringen, gedachten, emoties, gedrag als onveranderlijke gegevenheden die op zichzelf bestaan (in plaats van in een veranderlijke realiteit en in relatie met andere factoren) als oorzaak van lijden gezien (Hayes, 2002)**:**. Bijvoorbeeld als je je verdrietig voelt: "Ik ben een depresieveling en ik ga daar nooit vanaf geraken". Via mindfulness kan je dit gevoel toelaten zonder daar dergelijke fixerende interpretaties aan te koppelen. Je blijft er niet in hangen en op sjieken, waardoor die realiteit groter word en als een sluier rondom jou komt en blijft hangen.

In de boeddhistische psychologie erkent men dat de geest iets heel krachtig is, en dus ook heel krachtig negatief kan zijn. Zeker als er in ons heel negatieve narratieven leven: zoals een negatieve zelfbeeld, beeld van de ander of van de wereld waarin we leven. Onze mentale inhouden worden dan gemixt met onze perceptie van de realiteit, waardoor ze onze realiteitsbeleving verdonkeremanen.

In het boeddhisme spreken ze van zes zintuigen die inhouden kunnen percipiëren. Het zesde zintuig is het mentale zintuig dat een innerlijke check-in kan doen en gedachten en emoties kan waarnemen. Als we dat zintuig trainen, leren we gedachten waarnemen als producties van de geest en niet als representaties van de werkelijkheid. Onze perceptie wordt zo subtiel dat we gedachten gelijkmatig zien opkomen en bijna zien mixen met onze perceptie van de zogenaamde objectieve realiteit. Doordat we ze dan kunnen waarnemen als niet meer dan producties van de geest, kunnen we ook beter die objectieve realiteit percipiëren, nog ongecontamineerd door die gedachten. Dat is wat in de boeddhistische psychologie als ‘directe perceptie’ benoemd word. Maar ook binnen het boeddhisme zien we hier grotere en subtielere verschillen in opvattingen.

Het neurowetenschappelijk onderzoek naar de werkingsmechanismen van mindfulness is consistent met deze boeddhistische theorie.

Wetenschappelijk onderzoek naar positieve effecten op welzijn

Hier is een overzicht van enkele en wetenschappelijke studies naar de effectiviteit van mindfulness-based technieken bij verschillende psychische problematieken. Let wel: dit overzicht is niet exhaustief, dat was binnen het tijdsbestek van dit opzet niet mogelijk. Daarvoor is een uitgebreid onderzoek nodig van review studies. We wilden toch een overzicht geven van enkele effectiviteitsstudies omdat dit voor de 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 rond oefentijd, oefen-kwaliteit en oefenfrequentie.

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 hersenregionen 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-effect 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 moet je oefenen om een effect te ondervinden in je leven?

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 oefentijd belangrijk is, is dit slechts in de mate waarin het de **oefen-kwaliteit** bevordert, in de zin van implementatie van mindfulness vaardigheden tijdens de oefenperiodes (Del Re et al., 2013; Goldberg, Del Re, et al., 2014). De link tussen oefentijd en verbetering in mindfulness en psychische symptomatologie, blijkt gemedieerd te zijn met oefenkwaliteit (Goldberg et al., 2019). Een duidelijke inzet en engagement tijdens de meditatie-periode is dus nodig (Goldberg et al., 2019). Deze resultaten wijzen er echter niet op dat oefentijd onbelangrijk zou zijn (Goldberg et al., 2019)! Ook het regelmatig oefenen speelt een rol in de effectiviteit (Clarke et al., 2020).

Waarover gaat deze oefen kwaliteit 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). Studies toonden aan dat **online of *on site* mindfulness interventies** geen verschil toonden in efficiëntie en effectiviteit (Garrido-Torres 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 mindfulnesstraining. Hier werd ook een lichte verbetering in stress, angst en depressieve symptomen, 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 mediëren de veranderingen in psychische symptomatologie (Cavanagh et al., 2013). Dus zelfs kortere zelfhulp mindfulnes-based interventies blijken al effecten te vertonen (Glück & Maercker, 2011; Kursche et al., 2012, in Cavanagh et al., 2013).

Acceptance & Commitment Therapy

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 werkgerelateerde stress, chronische pijn, stress bij terminale kanker, depressie, OCD (=Obsessive Compulsive Disorder), angst, automutilatie, eetproblematiek, angst, PTSS, 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 overzicht onderzoek 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 gedrag uitkomsten 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 pre-counseling 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).

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., 1013; 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 relatie voldoening 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 vriendelijkheidsmeditaties 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***, ***angststoornissen***, ***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, gepercipieerde 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).

Wetenschappelijk gefundeerde indicatiestelling

Hieronder geven we een korte schets van wat we in de wetenschappelijke literatuur vonden omtrent mindfulness, ACT en zelfcompassie 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 handvatten te geven.

Als hulpverlener is je eigen training cruciaal !

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.

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

Gezondheidswerkers (artsen, verpleegkundigen, social workers, kinesitherapeuten, psychologen) die een mindfulness training volgden, toonden een hogere zelfcompassie en minder stress. Bovendien medieerde hogere zelfcompassie de stressreductie (Shapiro et al., 2005). Mindfulnesstraining 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 fysische gezondheid, maar ook tot een grotere affect- en stresstolerantie en een groter 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, eerder 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 is psychologische flexibiliteit dus van belang om een goede 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 mee aan de slag 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.

Wanneer welke ACT interventies inzetten?

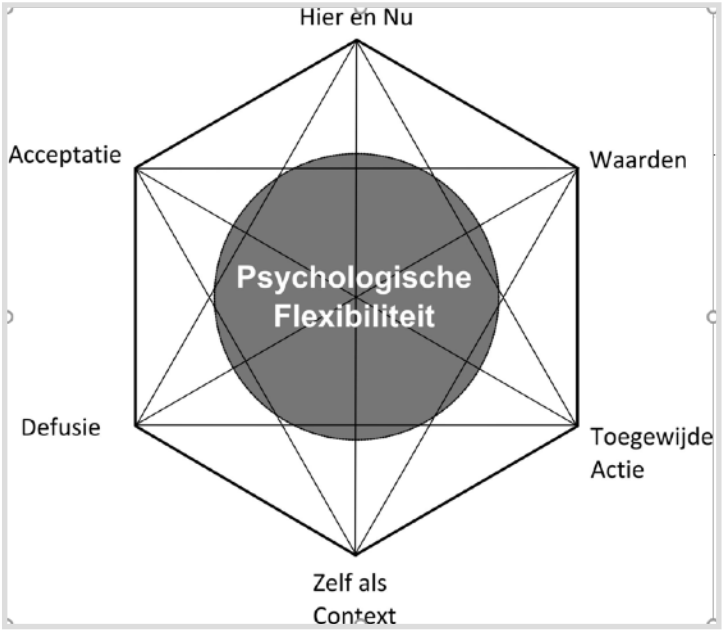
Hierboven gaven we een overzicht van verschillende problematieken waarbij ACT zijn effectiviteit heeft aangetoond.

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

ACT interventies zijn opgezet om (Hayes, 2002):

- ***Levenswaarden*** te verhelderen en daarnaar te handelen.
- ***Experiëntiële 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.

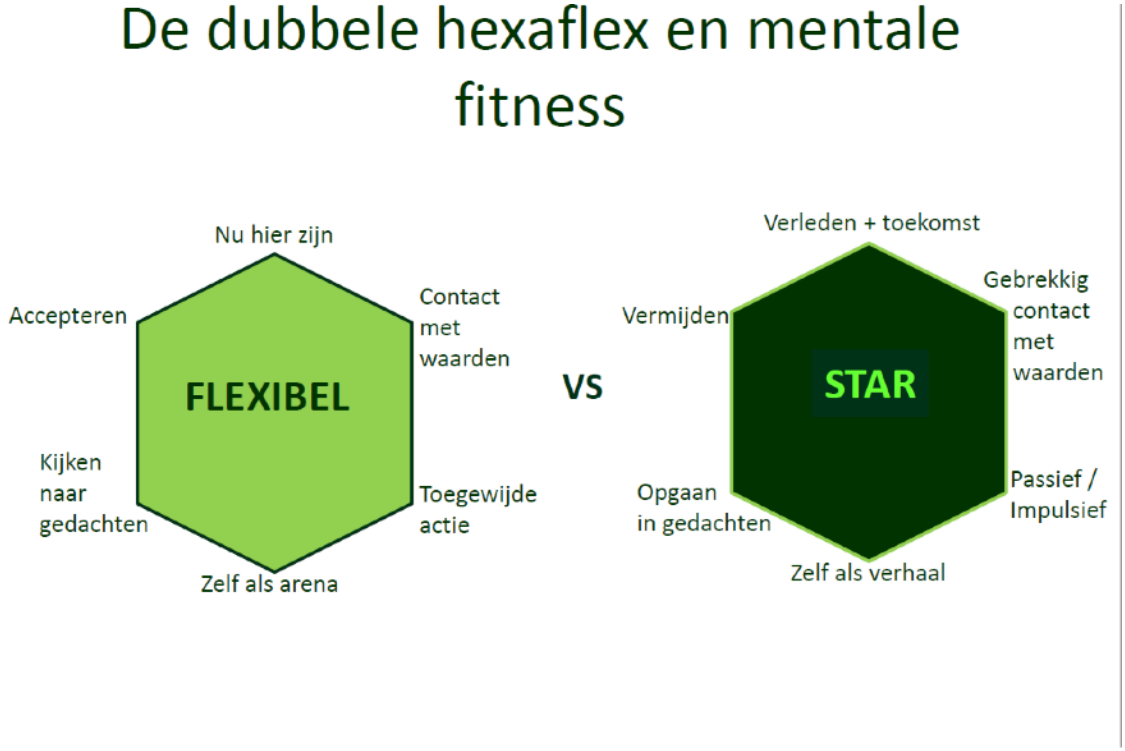
De ACT-hexaflex als wegwijzer in de therapie



We kunnen de ACT hexaflex (zie figuur hieronder) als hulpmiddel in ons achterhoofd houden in het therapeutische proces. 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 therapie en leiden tot het oefenen met een volgende kernproces.



Als iemand vastzit in piekeren over de toekomst, of rumineren over het verleden (zie figuur: starre hexaflex rechts), dan dient er gewerkt te worden aan **hier en nu zijn** (zie figuur: hexaflex flexibel) via de stabilisatie-oefeningen uit de mindfulnesstraining. Als huiswerk kan je dan oefenen met: contact houden met de vijf zintuigen in dagelijkse routines (Harris, 2006).

ACT ziet formele mindfulnesstraining 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, alsook de aandacht terugbrengen naar het hier en nu (Harris, 2006).

Als iemand zijn waarden in zijn leven niet helder heeft en daardoor richtingloos is (rechterkant van de starre hexaflex: gebrekkig contact met waarden), 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).

Zelfonderzoek met de ACT casusconceptualisatie

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

CASUSCONCEPTUALISATIE

Vermijding	**Fusie**	**Onhelderheid v. waarden**
Hoe? (vermijdt zij/hij) **Wat?** (vermijdt zij/hij)	**Welke gedachten** domineren het denken en het gedrag?	**Op welke levensgebieden zijn welke waarden onderbelicht?**
Dominantie van verleden of toekomst	**Zelf als proces/context, inhoud**	**Ontoegewijde acties**
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?	**Is hij/zij zich bewust** van interne processen en dat hij/zij daarvan de waarnemer is? **Zelfbeeld:** Door welk zelfbeeld wordt hij/zij belemmerd?	**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

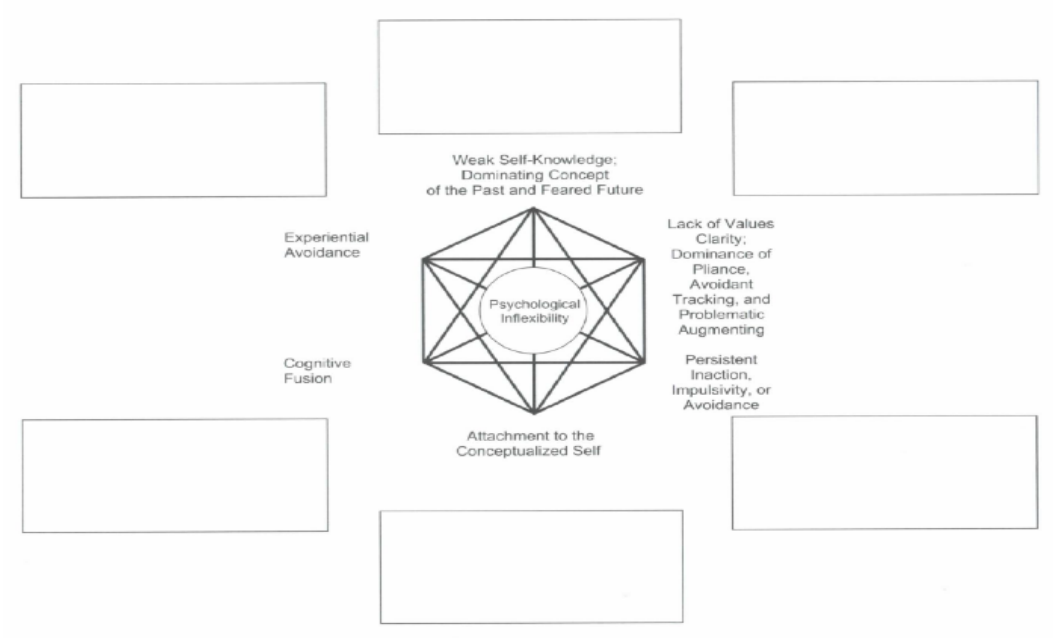
Via de oefeningen rond het spotten van innerlijke monsters of demonen en de controlestrategieën die mensen gebruiken om hiermee om te gaan, gaan **we de emotionele controle agenda uitdagen**. We gaan de strategieën om van ongewenste ervaringen af te komen eerst identificeren, vervolgens worden winsten en kosten in kaart gebracht: "Bracht dit je dichter bij het leven dat je wilt, een waardevol leven?" (Harris, 2006).

Via de techniek **creatieve hopeloosheid** (zie oefening in het onderdeel ‘leven naar je waarden’) gaan we allereerst inzien dat wat eerst als mogelijke oplossing werd gezien, eigenlijk deel is van het probleem: *"Als ik deze strategie nog 20 jaar toepas, hoe zal mijn leven er dan uitzien?". Is dat de richting die ik wil uitgaan?* Het doel van de oefening creatieve hopeloosheid is de uitzichtloosheid van de emotionele controle-agenda inzichtelijk bloot te leggen en vermijding als oplossing uit te dagen (Hayes, 2002). **Het kernprobleem** is net dat je eigen innerlijke ervaringen wil controleren (Hayes, 2002). Zo kan je de pogingen om dit te doen doorheen de dag bijvoorbeeld ook scoren (Hayes, 2002). Emotionele controle (zoals vermijding) is het probleem, niet de oplossing (Harris, 2006).



Eens de emotionele controle agenda is ondermijnd, kunnen we de 6 basisprincipes van ACT uit de doeken doen (Harris, 2006). Het alternatief dat we aanbieden is stoppen met vechten. Dit kan via de metafoor van de vingerval (Hayes, 2002) of andere oefeningen: de drijfzand metafoor of vechtschakelaar metafoor, … (Harris, 2006).

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



Afhankelijk van de noden die via deze casusconceptualisatie naar voren komen, kunnen we interventies uit de online toolbox halen.
Defusie van gedachten, acceptatie van emoties, komen ook impliciet voor in de *open monitoring* mindfulness oefeningen: gewaarzijn uitbreiden, naar binnen leren kijken, open gewaarzijn. ACT expliciteert deze vaardigheden die in mindfulnesstraining impliciet aanwezig zijn, via *hands-on* technieken.

Wanneer en waarom zelfcompassie oefeningen gebruiken?

Net zoals de mindfulness of ACT 8-weken trainingen, bestaan er ook voor het trainen in zelfcompassie 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, we dienen getraind te hebben op stabiliteit.

In bovenstaande indicatiestelling voor mindfulness en ACT oefeningen, zit het ingrediënt zelfcompassie al verweven. De extra kwaliteit van liefdevolle vriendelijkheid zit reeds bij de stabilisatie-oefeningen (**fase 1:** Stoppen en Landen), zoals bijvoorbeeld de bodyscan en ademfocus met liefdevolle vriendelijkheid (mindfulness).

Soms merk je al in deze fase dat cliënten iets van dit innerlijke potentieel aan kwaliteiten en vaardigheden (Zelf als context of zelfcompassie-vaardigheden) bij zichzelf ontdekken en daar veel kracht uit putten. Een **valkuil** is hier dat we als therapeut te snel hierop gaan inspelen door ze verder oefeningen uit fase 2 mee te geven. Een valkuil bij cliënten is hier dat zij deze positieve emoties gaan 'misbruiken' om de innerlijke pijn te vermijden. Hier dien je als therapeut extra attent op te zijn en dit te duiden naar de cliënt. Het is ok dat de cliënt deze oefeningen of deze innerlijke kwaliteit al gebruikt om zichzelf te stabiliseren en uit zijn innerlijke kracht te putten. Maar enkel en alleen met als doel, om daardoor ook beter te kunnen omgaan met moeilijke emoties en gedachten en niet om deze uit de weg te gaan. Daarom is het aan te raden om verder te trainen met fase 1: maar daar telkens ook deze kwaliteit van mildheid in te integreren.

Ook in **fase 2,** waar we dieper ingaan op de observator van je eigen ervaring, zit het cultiveren van positieve emoties al verweven. Zie hiervoor de oefening 'je Zelf als dragende ruimte', dat ook elementen uit de ACT en focussen bevat. Oefeningen op liefdevolle vriendelijkheid, dankbaarheid en de veilige plek, helpen mensen om een stevige grond te vinden om op te gaan staan. Ze helpen vaardigheden ontwikkelen die we in **fase 3** (Wijs omgaan met innerlijke demonen en Waardevol leven) bij het

toelaten van moeilijke emoties in acceptatie of zelfcompassie oefeningen ondersteunend werken.

Traditioneel in het Tibetaans Boeddhisme, zitten al deze aspecten verweven in de Lojong praktijk, waarbij men eerst gaat gronden in innerlijke kracht, om dan over te gaan tot ademfocus. Daarna komt een fase van trainen in kwaliteiten (liefdevolle vriendelijkheid, mededogen, vreugde en gelijkmoedigheid). En vervolgens wordt er specifiek ingezoomd op lijden in jezelf en bij de ander (common humanity) om hier mededogend en met warmte voor te openen.

Zelfcompassietraining, maakt niet alleen gebruik van mindfulnesstraining met extra aandacht voor liefdevolle vriendelijkheid, maar maakt ook gebruik van een aantal andere technieken zoals het gebruik van zinnetjes 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'.

Specifieke niet-klinische en klinische indicaties

De tendens zichzelf te bekritiseren en zichzelf 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).

Uit onderzoek blijkt dat zelfcompassie-oefeningen aangewezen zijn bij:

- de confrontatie met persoonlijke ontoereikendheid (Neff & Tirch, 2013),
- fouten, falen (Neff et al, 2013),
- confrontatie met pijnlijke situaties of dingen die buiten je eigen controle liggen (Neff et al, 2013).
- schaamte (Tirch, Schoendorff & Silberstein, 2014),
- zwaarlijvigheid (Tirch, et al. 2014),

- stoppen met roken (Tirch, et al. 2014),
- depressie (Tirch, et al. 2014),
- persoonlijkheidsstoornissen (Tirch, et al. 2014),
- psychose (Tirch, et al. 2014).

Indicaties en contra-indicaties

Als hulpverlener kan je met SLOW in het achterhoofd je weg vinden samen met je cliënt doorheen de oefeningen. Deze SLOW opbouw zit ook vervat in de opbouw van het leerplatform. Dus deze kan je ook gewoon als leidraad volgen.

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. Het overzicht van het effectiviteitsonderzoek hierboven 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). Zo zijn mindfulness of ACT interventies aangewezen bij piekeren, cognitieve fusie, experiëntiële vermijding of maladaptieve copingstrategieën (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*** (Chadwick, 2005), ***borderline*** problematiek en ***trauma***. Toch dient ***wel enige voorzichtigheid geboden in de klinische context***. Een aantal kanttekeningen 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 (meerdaagse)* retraites of meditatie oefeningen (Murray et al., 2015).

Bij depressie en stemmingsstoornissen

Uit meta-analyse van verschillende wetenschappelijke studies wordt mindfulnesstraining aangeraden bij mensen met majeure depressie en dit ook tijdens de depressie zelf alsook na opklaring van de depressie ter preventie van herval (Khusid, 2016). Stemmingsstoornissen 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). In mensentaal: er niet blijven in hangen en op sjieken.

Trauma

Systematische analyse van wetenschappelijk onderzoek wijst in de richting dat **mindfulness een ondersteunende vaardigheid kan zijn bij emotie-regulatie en emotie tolerantie** bij traumatherapie (Kumar 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 groepsformules 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 (Chadwick, 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 (Khoury et al., 2013).

Psychose kan geïnduceerd worden door meditatie! Er zijn meldingen bekend 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 de vuistregel om mensen met een gevoeligheid voor psychose **niet tot een groep** toe te laten. Maar op alle regels kan je uitzonderingen maken.
- Vertrouw dus 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).

6. 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? Randomized 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. (2005Loving-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. *Behavioral 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. *Behavioral 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.

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 randomized 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 behavioral 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). Computer Delivered and web based 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., Knoeppel, 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 mediation 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). Standardized 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 randomized 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. *Behavioral 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 smartphone 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., Barett, 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 internet based 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 meditators 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). Behavioral 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 nonclinical 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. Interne*t 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). Self Compassion 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. S*elf 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. *Behavior 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. *Behavior 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: randomized 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. *Behavior 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. *Behavior 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 randomized 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 randomized 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, ET. (2016). Why does positive mental health buffer against psychopathology? An exploratory study on self-compassion as a resilience mechanism and adaptive emotion regulation strategy. *Cogn ther res* 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). Mindf het hype: a critical evaluation and prescriptive agenda for research on mindfulness and meditation. *Perspect. Psychol. Sci*., 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, MM, Oskam, MJ, Schreurs, KMG, & Bohlmeijer ET (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain. A systemic 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 Promot J Austr*. 2018 Aug 18.

Vilardaga, 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. *Psycho Oncology*, 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 e therapy 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