

Compassietraining bij een heterogene groep ggz-cliënten: een haalbaarheidsstudie

Agna Bartels, Frits Koster en Erik van den Brink

‘Onder compassie of mededogen verstaan we het vermogen om ons betrokken te voelen bij pijn en lijden – zowel van onszelf als van anderen. Het gaat gepaard met de wens en de motivatie deze pijn en dit lijden te verlichten. Het heeft een ontvankelijke kant: oog in oog staan met het leed dat er nu eenmaal is, met de moed om ons hart daarvoor te openen en het geduld om dit te verdragen. Daarnaast heeft het een actieve kant: de verantwoordelijkheid nemen om het leed waar mogelijk te verzachten, langs de minst schadelijke en meest heilzame weg.’

Zo begint het artikel van Erik van den Brink en Frits Koster in GGzet Wetenschappelijk, jaargang 18 nummer 2 (2014). In dat artikel beschrijven zij een theoretisch kader en een door hen ontwikkeld oefenprogramma, gericht op het ontwikkelen van (zelf)compassie, de ‘compassietraining’, of – meer officieel – ‘Mindfulness-Based Compassionate Living (MBCL)’. Deze training is niet alleen bedoeld voor cliënten maar ook voor hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) die al ervaring hebben met de beoefening van mindfulness en bij voorkeur een mindfulnessstraining hebben gevolgd.

Bij het CIP is een haalbaarheidsonderzoek gedaan naar de effectiviteit van de MBCL-training bij patiënten. Het onderhavige artikel is de Nederlandse versie van het artikel dat is verschenen in het internationale tijdschrift Mindfulness (Bartels-Velthuis et al. 2016).*

Inleiding

Compassie is het vermogen om gevoelig te zijn voor pijn en lijden van jezelf en van anderen, met daarbij de wens en de motivatie om dit waar mogelijk te verzachten (Van den Brink & Koster 2016). Uit eerder onderzoek blijkt dat een hogere mate van zelfcompassie geassocieerd is met minder psychopathologie (MacBeth & Gumley 2012). Volgens Neff (2003) kunnen bij zelfcompassie drie componenten worden onderscheiden: *self-kindness*, een vriendelijke bejegening van onze emotionele pijn en kwetsbaarheid tegenover zelfkritiek, *common humanity* of het besef van gedeelde menselijkheid tegenover zelfisolatie en mindfulness van emotionele pijn tegenover overidentificatie. Jezelf veroordelen, jezelf ervaren als geïsoleerd van anderen en overidentificatie met negatieve gedachten en gevoelens zijn allemaal factoren die geassocieerd zijn met angst, depressie en andere geestelijke gezondheidsproblemen (Braehler et al. 2013; Neff & Dahm 2014; Neff & Germer 2013). Omdat veel patiënten in de ggz genoemde karakteristieken delen, is het goed om transdiagnostische

* Bartels-Velthuis, A.A., Schroevers, M.J., van der Ploeg, K., Koster, F., Fleeer, J., van den Brink, E. (2016). A Mindfulness-Based Compassionate Living Training in a Heterogeneous Sample of Psychiatric Outpatients: a Feasibility Study. *Mindfulness*, 7, 809-818. doi:10.1007/s12671-016-0518-8

groepstrainingen te ontwikkelen die handvatten bieden om zelfcompassie met de drie componenten te cultiveren tegen deze ongezonde psychologische neigingen. Op fysiologisch niveau wordt verondersteld dat compassiebeoefening gebruikmaakt van zoogdiersystemen die zijn geëvolueerd voor sociale gehechtheid, aangezien compassie het gevaarsysteem deactiveert ten gunste van het zorg- en kalmeringsstelsel (Gilbert & Irons 2005). De hierbij veronderstelde mechanismen zijn een afname van de bloedspiegel van cortisol, een belangrijk stresshormoon, een toename van de spiegel van oxytocine, dat een belangrijke rol speelt bij sociale binding, en een verhoogde activiteit van het parasympatische (kalmerende) deel van het zenuwstelsel, wat kan worden gemeten aan de hand van de mate van variabiliteit in het hartritme (Kok & Fredrickson 2010; Olff et al. 2013; Porges 2007; Rockliff et al. 2008).

Voorzichtigheid met compassietraining is echter geboden aangezien er heftige reacties op de oefeningen kunnen voorkomen. Germer (2009) noemde dit fenomeen *backdraft*. Volgens Gilbert (2010) moeten personen met een achtergrond van trauma en verwaarlozing geleidelijk aan worden ingeleid in compassiegericht werken, aangezien zij geconditioneerd kunnen zijn om met angst te reageren op positieve emoties.

De grondleggers van MBCT hadden tot nu toe reserves om zelfcompassie expliciet aan te bieden aan patiënten met een terugkerende depressie, aangezien dit makkelijk nadelige effecten en gevoelens van falen kan oproepen (Segal et al. 2013). Gebaseerd op hun klinisch inzicht achten zij het veiliger om eerst de basisvaardigheden voor mindfulness aan te leren en impliciet een compassievolle houding te introduceren door dit als trainer te belichamen. Anderen daarentegen stellen dat er onvoldoende empirisch bewijs is voor dat standpunt (Neff & Dahm 2014). Het blijft daarom een hypothese dat mindfulnessstraining vooraf moet gaan aan een veilige introductie van compassietraining bij kwetsbare patiënten, voornamelijk gebaseerd op klinische argumenten.

Er is veel bewijs voor de werkzaamheid van op mindfulness gebaseerde groepsinterventies bij mensen met diverse psychiatrische stoornissen, zowel in homogene als in heterogene groepen (Chiesa & Serretti 2011; Hofmann et al. 2010; Houry et al. 2013; Klainin-Yobas et al. 2012; O'Reilly et al. 2014; Piet & Hougaard 2011; Vollestad et al. 2012; Wanden-Berghe et al. 2011; Zgierska et al. 2009).

Onderzoek naar enkele specifieke trainingsprogramma's met betrekking tot het cultiveren van compassie en vriendelijkheid naar zichzelf en anderen laat veelbelovende resultaten zien (Fredrickson et al. 2008; Jazaieri et al. 2013; Neff & Germer 2013; Pace et al. 2009, 2010; Wallmark et al. 2013). Voor deze programma's was geen voorafgaande ervaring met mindfulness vereist. Er is enig bewijs voor de werkzaamheid van *compassion-focused therapy* (CFT) en de daarop gebaseerde *compassionate mind training* bij patiënten met matige tot ernstige geestelijke gezondheidsproblematiek; er bleek een significante afname van depressie, angst, schaamte en zelfkritiek (Gilbert & Procter 2006; Judge et al. 2012; Lucre & Corton 2013). Er is ook voorlopig bewijs voor eetstoornissen (Gale et al. 2014) en persisterende psychotische symptomen (Mayhew & Gilbert 2008). Zelfs patiënten op een zwaar beveiligde afdeling hadden baat bij groeps-CFT, met grote effecten op depressie en zelfwaardering (Laithwaite et al. 2009). Een ander, niet-gecontroleerd, onderzoek van een groepsprogramma voor liefdevolle vriendelijkheid toonde een significante afname van negatieve symptomen en een toename van positieve emoties

bij polikliniekpatiënten met schizofrenie (Johnson et al. 2009). Een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek naar groeps-CFT voor schizofreniepatiënten liet zien dat de interventiegroep klinisch meer verbeterde, met minder depressieve symptomen en minder sociale exclusie-beleving (Braehler et al. 2013). Volgens een systematisch review (Leaviss & Uttley 2015) is CFT een veelbelovende interventie bij stemmingsstoornissen, vooral voor mensen met een hoge mate van zelfkritiek.

Het doel van onze studie was het onderzoeken van de effecten van een nieuw, op mindfulness gebaseerd, compassietrainingsprogramma, *Mindfulness-Based Compassionate Living* (MBCL), op mate van depressie, angst, mindfulness en compassie, bij een heterogene poliklinische patiëntengroep.

Methode

Deelnemers

Deelnemers waren poliklinische patiënten die de MBCL-training bij het Centrum Integrale Psychiatrie (CIP; Lentis, Groningen) volgden.

Inclusiecriteria waren: 18 jaar of ouder; een mindfulnessstraining hebben gevolgd zonder nadelige effecten (bij het CIP of elders); in een groep kunnen deelnemen; geen fysieke belemmeringen ervaren om de training te volgen; geen afhankelijkheid van alcohol of drugs; voldoende motivatie voor thuisbeoefening tussen de sessies in; in een zodanige psychische conditie zijn dat het veilig genoeg wordt geacht om op mindfulness gebaseerde en compassiegerichte oefeningen te doen; reële verwachtingen hebben van de training (begrijpen dat MBCL voortbouwt op al bestaande mindfulness vaardigheden en dat oefeningen in de training emotioneel uitdagend kunnen zijn; bereidheid om wijs en geduldig met moeilijke ervaringen te werken, zoals herbeleven van traumatische gebeurtenissen en weten wie te benaderen in crisissituaties).

Voorafgaand aan de training werd door de trainers in klinische interviews vastgesteld of aan deze criteria was voldaan. Wanneer er andere dan verwijzende therapeuten betrokken waren, was hun toestemming vereist dat hun patiënten de training gingen volgen. Betrokken therapeuten en patiënten moesten ermee akkoord gaan dat de MBCL-training zou worden gevolgd zonder andere gelijktijdige psychotherapeutische of psychofarmacologische interventies anders dan de gebruikelijke behandeling (iedere twee weken tot maandelijks controle bij een verpleegkundig specialist of psycholoog; vaste medicatiecontrole door een verpleegkundig specialist of een arts-assistent; zo nodig crisisinterventie). Deelname aan het onderzoek was vrijwillig, als onderdeel van het standaard effectonderzoek van alle behandelprogramma's bij het CIP. Onze studie was volgens de Medisch Ethische Toetsingscommissie niet WMO-plichtig gezien de frequentie van de metingen en de aard van de vragen. Iedere deelnemer aan het onderzoek gaf vooraf schriftelijke toestemming.

Procedure

Bij het CIP werd een MBCL-training ontwikkeld (Van den Brink & Koster 2012) voor patiënten die al een mindfulnessstraining (mindfulness-based stress reduction (MBSR) of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT)) hadden gevolgd. Het MBCL-programma is qua structuur gelijk aan een cursus MBSR of MBCT, met acht thematische sessies en één stiltesessie met alleen begeleid meditaties. Alle oefeningen bouwen voort op vaardigheden die verworven zijn bij eerdere mindfulnessbeoefening en de meeste worden begeleid in de groepssessies. Ze worden meegegeven in de vorm van audiomateriaal en transcripten in een werkboek, ter ondersteuning van de thuisbeoefening. Een belangrijk verschil met MBSR/MBCT is dat bij de MBCL-training na iedere sessie een verscheidenheid aan suggesties voor thuisbeoefening wordt gegeven, in plaats van specifiek huiswerk. Dit ondersteunt deelnemers in het afstemmen met hun actuele behoeften en bij het compassievol kiezen van oefeningen die daarbij aansluiten. Voor iedere sessie wordt een aantal oefeningen toegevoegd om in de sessie en thuis te verkennen. Deelnemers kunnen altijd verdergaan met oefenen met het geleerde uit eerdere sessies of terugkeren naar de basisoefeningen van mindfulness. Enkele elementen zijn eigentijdse en meer seculier van sfeer zijnde aanpassingen van traditionele praktijken zoals *metta* (liefdevolle vriendelijkheid meditatie of mildheidmeditatie), waarbij men met aandacht vriendelijke wensen naar zichzelf en anderen herhaalt (bijvoorbeeld: 'Moge ik mij veilig voelen' of 'Moge jij gelukkig zijn'; *tonglen* (hernoemd als 'compassioneel ademen'), waarbij men zich voorstelt dat men inademt wat pijnlijk is voor zichzelf en anderen en uitademt wat de pijn verlicht; of de *Brahmaviharas* (de vier 'Levensvrienden'), waarbij men oefent met vier zelfoverstijgende houdingen die elkaar aanvullen (liefdevolle vriendelijkheid, compassie, (mede)vreugde en gelijkmoedigheid). Het ruimte geven aan een kalmerend ademritme, het gebruikmaken van het voorstellingsvermogen (veilige plek; compassionele metgezel; compassiemodus) en een brief schrijven zijn bewerkt vanuit de CFT (Gilbert 2010). Oefeningen in compassioneel omgaan met weerstand, verlangen en vergevingsgezindheid zijn in aangepaste vorm ontleend aan Brach (2004). Andere oefeningen zijn in aangepaste vorm ontleend aan Germer (2009), Hanson (2013), Hayes et al. (1999) en Neff (2011). Belangrijke korte informele oefeningen zijn de ademruimte met vriendelijkheid (die op ieder moment kunnen worden toegepast) en de ademruimte met compassie (toe te passen op moeilijke momenten), uitbreidingen van de drie-minuten ademruimte in MBCT (Segal et al. 2013). Dagboekoefeningen zijn bedoeld als hulp bij het toepassen van opmerkzaamheid en compassie in het dagelijks leven. Omgaan met het *backdraft* fenomeen (Germer 2009) of compassievrees (Gilbert 2010) is een essentieel onderdeel van de training. Hierop wordt meer in dan buiten de training ingegaan, begeleid door psycho-educatie over het fenomeen om de soms heftige tegenreacties bij de oefeningen te normaliseren, er mindful mee om te gaan, en het tempo en de focus van de beoefening met compassie aan te passen, terwijl men zichzelf blootstelt van minder naar meer uitdagende emotionele inhoud.

Patiënten die door hun therapeut geschikt waren bevonden voor de MBCL-training, werden eerst globaal over deze training geïnformeerd tijdens een reguliere therapieessie. Degenen die wilden participeren werden vervolgens in een bevestigingsbrief in detail geïnformeerd over de procedure en het bijbehorende onderzoek. Men werd daarbij verzocht om het meegestuurd toestemmingsformulier

te ondertekenen, de voormeting-vragenlijsten in te vullen vlak voor aanvang van de eerste trainingssessie op het CIP en alle documenten in een gesloten envelop mee te nemen naar de eerste trainingssessie. De trainers overhandigden vervolgens de gesloten enveloppen aan een onafhankelijke onderzoeker die de data-invoer verzorgde. De vragenlijsten voor de nameting werden meteen na de laatste trainingssessie door het secretariaat naar het huisadres van de deelnemers gestuurd, met het verzoek deze terug te sturen in de meegestuurde portovrije envelop. Bij non-respons werden de deelnemers telefonisch herinnerd aan het terugsturen van de vragenlijsten. In de database werden de deelnemers gecodeerd zodat de data niet meer herleidbaar waren. Deelnemers kregen geen beloning voor het invullen van de vragenlijsten.

Training

De training bestond uit negen wekelijkse sessies van 2,5 uur (voor details zie het artikel van Van den Brink & Koster in GGZet Wetenschappelijk jaargang 18 nummer 2, 2014). De deelnemers kregen een werkboek en audio-cd's met oefeningen. De trainers hadden van tevoren besproken dat de deelnemers niet meer dan drie trainingssessies zouden mogen missen; anders zouden ze de training op een later tijdstip moeten gaan volgen. Een overzicht van de inhoud van de trainingssessies is opgenomen in Tabel 1. Uitgebreide toelichting op de thema's en oefeningen zijn te vinden in het handboek van Van den Brink & Koster (2016).

Trainers

Elke trainingsgroep werd geleid door een van de twee gecertificeerde gezondheidszorgprofessionals en mindfulness-docenten die het MBCL-programma zelf hebben ontwikkeld (Van den Brink & Koster 2012). Beiden zijn getraind in MBSR en MBCT en zijn gecertificeerd door de Nederlandse Vereniging van Mindfulness Based Trainers Nederland en Vlaanderen (VMBN). Zij hebben uitgebreide ervaring met meditatie (20 resp. 35 jaar) en zijn voortdurend bezig met meditatiebeoefening, zowel persoonlijk als in professionele context (bijvoorbeeld als docenten/supervisors bij het Nederlands Instituut voor Mindfulness (IvM), het internationale Institute for Mindfulness-Based Approaches (IMA) en als leiders van retraites). Een van de trainers is psychiater en psychotherapeut, de andere is gespecialiseerd psychiatrisch verpleegkundige en meditatiedocent die zes jaar in Azië heeft doorgebracht als boeddhistische monnik waar hij de meditatievormen *Vipassana* en liefdevolle vriendelijkheid beoefende en boeddhistische psychologie studeerde. Beiden hebben MBSR en MBCT verzorgd in ggz-settings, al vanaf de eerste introductie van deze programma's in de Nederlandse ggz. Zij worden beschouwd als Nederlandse pioniers op dit gebied. Ze geven les bij verschillende mindfulnesstrainingsinstituten door heel Europa. Beide trainers bestudeerden Compassion Focussed Therapy (CFT) en Mindful Self Compassion (MSC), en volgden training seminars bij de oprichters/docenten (o.a. Germer, Gilbert, Irons en Neff).

Uitkomstmaten

Patiënten werden verzocht vier vaak gebruikte, gevalideerde en betrouwbare zelf-rapportage vragenlijsten in te vullen, vóór en vlak na de training.

Depressie

De ernst van de depressie werd gemeten met de 21-item zelfrapportage vragenlijst, de Beck Depression Inventory-II (BDI; Beck et al. 1996; Nederlandse versie: Van der Does 2002). Ieder item wordt gescoord op een 4-punts schaal, met een totaalscore van 0 tot 62. Een hogere score betekent een hogere mate van depressie. De interne consistentie van de BCI-II in de onderhavige studie was goed (Cronbach's alpha = 0.90).

Angst

De 7-item Generalized Anxiety Disorder schaal (GAD-7; Spitzer et al. 2006; Nederlandse versie: Donker et al. 2011) is een efficiënt zelfrapportage instrument om te screenen op gegeneraliseerde angststoornis en de ernst daarvan vast te stellen. Ieder item wordt gescoord op een 4-punts schaal, met een totaalscore van 0 tot 21, waarbij hogere scores een hoger niveau van angst betekenen. In deze studie was de betrouwbaarheid goed (Cronbach's alpha = 0.87).

Mindfulness

De 39-item Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ; Baer et al. 2008; Nederlandse versie: Bohlmeijer et al. 2011) meet vijf aspecten van mindfulness (observeren, beschrijven, bewust handelen, niet-oordelen over en niet-reageren op de innerlijke ervaring). Ieder item moet worden gescoord op een 5-punts schaal, waarbij hogere scores een hoger niveau van mindfulness betekenen. In ons onderzoek hebben we alleen de totaalscore gebruikt. Cronbach's alpha in deze studie was goed (0.87).

Zelfcompassie

De Nederlandse versie (Neff & Vonk 2009) van de Self-Compassion Scale (SCS; Neff 2003) heeft 24 items en meet de mate van zelfcompassie. De SCS heeft zes subschalen (vriendelijkheid naar jezelf, zelfverwijt, gedeelde menselijkheid, isolatie, mindfulness en overidentificatie). Ieder item wordt gescoord op een 5-punts schaal (hogere scores betekenen een hoger niveau van zelfcompassie). Wij hebben alleen de totaalscore gebruikt. De betrouwbaarheid van de SCS in deze studie was goed (alpha = 0.92).

Diagnose

De DSM-IV diagnose bij aanmelding werd door de hoofdbehandelaar van de patiënt in een klinisch interview gesteld (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association 2000). Alle hoofdbehandelaars zijn ervaren psychiaters en psychologen en getraind in het toepassen van de DSM-IV-TR.

Demografische kenmerken

Bij de voormeting noteerden patiënten geslacht, geboortedatum en hoe vaak zij in de afgelopen maand mindfulnessoefeningen hadden gedaan, alsmede hun opleidingsniveau, woonsituatie, ziekte duur en comorbide stoornissen op As 2.

Data-analyses

Analyses werden gedaan met het statistische softwarepakket IBM SPSS, versie 23. Alle continue variabelen werden getest op normaliteit met de Kolmogorov-Wilk test, die moet worden gebruikt bij relatief kleine groepen ($n < 50$). Niet-normaal verdeelde

Tabel 1. Overzicht sessies Mindfulness-Based Compassionate Living training

SESSIE	1	2	3	4
THEMA'S	Emotieregulatie-systemen Waarom wel/niet (zelf) compassie beoefenen? Gelaagde brein 'Het ontwerp is niet onze fout' Gevaar-, jaag- & zorgsysteem in/uit balans Hoe het zorg-systeem voeden?	Reacties op Dreiging & Zelfcompassie Zelfkritiek vs Zelfvriendelijkheid; Zelfisolatie vs common humanity; Over-identificatie vs mindfulness Tend & befriend Werken met het voorstellingsvermogen Backdraft	Innerlijke Patronen Gevaar-, competitie- & zorgmodus Functie innerlijke criticus en 'zelf-bewuste' emoties (schaamte, verlegenheid, schuld) Oude onaangepaste schema's	Compassiemodus Kwaliteiten & vaardigheden van compassie (Lotus of Cirkel van Compassie) Een innerlijke helper cultiveren Doen alsof
FORMELE OEFENINGEN	Kalmerend ademritme Veilige plek 'Plezier-ommetje' Drie cirkels *	Compassievol omgaan met weerstand Compassionele metgezel	Compassievol omgaan met verlangen Compassievol omgaan met innerlijke patronen	Compassie belichamen Vriendelijkheid voor het lichaam Lopen & bewegen met vriendelijkheid
Mildheid-meditatie	Zelf	Zelf	Weldoener	Dierbaar persoon Neutraal persoon
INFORMELE OEFENINGEN	Ademruimte met vriendelijkheid	Ademruimte met compassie (bij emotionele pijn) Zelfcompassie mantra	--- cont. ---	--- cont. ---
Dagboek	Zorgsysteem	Gevaarsysteem	Jaagsysteem	Innerlijke criticus

* reflectie-oefeningen om thuis te doen

5		6		7		8	
Zelf & Anderen		Gedeelde Menselijkheid		Compassie in het Dagelijks Leven		Het Leven Helen met Compassie	
<p>Waarmee vereenzelvigen we ons? Over- & de-identificatie</p> <p>Vriendelijkheid naar anderen ontwikkelen</p>		<p>Vier Levensvrienden Vriendelijkheid Mededogen Medevreugde Gelijkmoedigheid</p> <p>Wat draagt bij aan geluk? Taking in the good</p>		<p>Welk motivatie-systeem beweegt ons: gevaar-, jaag- of zorgsysteem?</p> <p>Praktische ethiek</p>		<p>Evaluatie van de training (symbool)</p> <p>Hoe verder? Welke formele en informele oefeningen blijf je doen?</p>	
<p>Compassionele brief</p> <p>Compassioneel ademen</p>		<p>Vergevingsgezindheid naar jezelf</p> <p>Genieten en nagenieten</p> <p>Dankbaarheid * Gouden randje * Levenswaarden *</p>		<p>Gelijkmoedigheid</p> <p>Compassie ontdekken in het dagelijks leven</p> <p>Preventieplan *</p>		<p>Compassionele bodyscan</p> <p>Stroom van gewaarzijn</p>	
<p>Moelijk persoon</p>		<p>Groepen Alle wezens</p>		<p>--- cont. ---</p>		<p>--- cont. ---</p>	
<p>--- cont. ---</p>		<p>--- cont. ---</p>		<p>--- cont. ---</p>		<p>--- cont. ---</p>	
<p>Innerlijke helper</p>		<p>Compassie ontvangen</p>		<p>Compassie geven</p>			

S T I L L E S E S S I E

variabelen werden gelogtransformeerd voor de t-testen en regressieanalyses. Dit was het geval bij de variabelen 'leeftijd tijdens meting', 'ziekteduur' en 'FFMQ-totaal'. Diagnoses werden als volgt gecategoriseerd: As 1: stemming, angst of andere stoornis; As 2: persoonlijkheidsstoornis, uitgestelde of geen diagnose). Opleidingsniveau en woonsituatie werden gedichotomiseerd (hoog/laag resp. alleen/samen).

Om te onderzoeken of MBCL-deelnemers die geen nameting vragenlijsten hebben ingevuld verschillen van deelnemers die de vragenlijsten op beide meetmomenten hebben ingevuld op geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, woonsituatie, ziekteduur, diagnostische categorie, comorbide As 2 stoornissen en totaalscores op de BDI-II, GAD, FFMQ en SCS bij de voormeting, zijn onafhankelijke t-toetsen voor de continue variabelen en chi-kwadraat toetsen voor de categorische variabelen gebruikt. Verschillen tussen de scores op de voor- en nameting zijn onderzocht met gepaarde t-toetsen. Cohen's d is berekend als maat voor de effectgrootte voor de gepaarde t-toetsen. Cohen's d is beschouwd als maat voor de effectgrootte voor de gepaarde t-toetsen door het gemiddelde verschil door de standaarddeviatie te delen, waarbij een d-waarde tussen 0 en 0.3 beschouwd wordt als een kleine effectgrootte, tussen 0.3 en 0.6 als een matige effectgrootte en hoger dan 0.6 als een grote effectgrootte.

Resultaten

Alle 62 patiënten woonden het minimaal vereiste aantal MBCL-trainingssessies bij (i.e. minimaal zes van de negen sessies). Drieëndertig patiënten (= 53%) vulden de vragenlijsten zowel voor als na de MBCL-training in. Hun gemiddelde leeftijd was 48.1 jaar (SD = 12.8; range 23.7-65.9), 82% was vrouw, 80% had een hoog opleidingsniveau (minimaal HBO-niveau) en 42% woonde alleen. De gemiddelde ziekteduur bedroeg 13.1 jaar (SD = 11.4; range 0.7-42.7). Diagnostische categorieën waren stemmings- (n=21; 64%), angst- (n=8; 24%) en overige (n=4; 12%) stoornissen; 48.5% van de groep had een comorbide As 2 stoornis. Er waren geen significante verschillen tussen degenen die de vragenlijsten op zowel voor- als nameting hadden ingevuld en degenen die alleen de voormeting vragenlijsten hadden ingevuld (zie Tabel 2 en 3).

In de maand voorafgaande aan de MBCL-training had 22% van de patiënten minimaal vijf keer per week mindfulnessoefeningen gedaan, 25% 3 à 4 keer per week en 16% 1 of 2 keer in die maand, terwijl 9% helemaal geen oefeningen had gedaan. Onze studie toonde aan dat de training toepasbaar is in een heterogene patiëntengroep, hoofdzakelijk met angst en depressie. Alle patiënten volgden de hele training. De trainers kwamen geen crisissituaties of nadelige gevolgen van de training tegen. De deelnemers zelf of hun therapeuten rapporteerden geen redenen tot bezorgdheid behalve dan het verwachte *backdraft* fenomeen. Dit deed zich volgens de trainers veelvuldig voor en kon constructief worden behandeld tijdens de sessies. Met *backdraft* omgaan bleek inderdaad een belangrijk deel van de training te zijn, wat tot meer inzicht en zelfcompassie leidde. Af en toe vroegen deelnemers een extra individueel consult aan bij de trainer of een ggz-professional die hen hielp met het programma door te gaan. Dit werd als normaal beschouwd binnen deze groep patiënten die groepstrainingen volgen, omdat het ook gebruikelijk is bij andere typen training.

Tabel 2. Karakteristieken van completers en non-completers (N = 62)

	Completers (n = 33)		Non-completers (n = 29)		Verschillen	
	gem. (range)	SD	gem. (range)	SD	χ^2 (df1) of t (df60)	p
Geslacht (% vrouw)	81.8		79.3		0.06	0.80
Leeftijd	48.1 (23.7-65.9)	12.8	47.1 (24.2-69.3)	13.0	-0.28	0.78
Opleidingsniveau (% hoog)	69.7		53.6		1.68	0.20
Woonsituatie (% alleen)	42.4		62.1		2.39	0.12
Ziekte duur ^y	13.1 (0.7-42.7)	11.4	9.0 (1.0-21.7)	6.1	-1.22	0.23
					5.77	0.06
Diagnostische categorie (%)						
Angst (As 1)	24.2		20.7			
Depressie (As 1)	63.6		41.4			
Overig (As 1)	12.1		37.9			
As 2 comorbiditeit (%)*	48.5		51.7		2.26	0.32

Completers hebben zowel de voor- als de nameting ingevuld; Non-completers hebben alleen de voormeting ingevuld; gem. = gemiddelde; SD = Standaarddeviatie; df = degrees of freedom (vrijheidsgraden).

^yVerschillen zijn berekend met de gelogtransformeerde scores.

* df = 2.

Tabel 3. Verschillen in voormeting scores tussen completers en non-completers (N = 62)

	Vóór MBCL training scores Non-completers		Vóór MBCL training scores Completers		Verschillen	
	gem. (range)	SD	gem. (range)	SD	t (df60)	p
BDI-II (totaal)	21.4 (4.0-40.0)	9.7	20.1 (1.0-46.0)	10.9	0.46	0.65
GAD (totaal)	9.0 (1.0-18.0)	4.0	7.8 (0.0-17.0)	4.8	1.10	0.28
FFMQ (totaal gem.) ^y	2.9 (2.2-4.0)	0.4	3.1 (2.3-4.2)	0.4	-1.60	0.12
SCS (totaal gem.)	2.5 (1.6-3.8)	0.5	2.7 (1.6-4.3)	0.7	-1.09	0.28

Completers hebben zowel de voor- als de nameting ingevuld; Non-completers hebben alleen de voormeting ingevuld; MBCL = Mindfulness-Based Compassionate Living training; gem. = gemiddelde; SD = Standaarddeviatie; df = degrees of freedom (vrijheidsgraden); BDI-II = Beck Depression Inventory-II; GAD = Generalized Anxiety Disorder scale; FFMQ = Five Facet Mindfulness Questionnaire; SCS = Self Compassion Scale.

Gemiddelden en standaarddeviaties zijn van de ongestandaardiseerde scores weergegeven.

^yVerschillen zijn berekend met de gelogtransformeerde scores.

In tabel 4 zijn de gemiddelde scores (en standaarddeviaties) van alle studievariabelen op de voor- en nametingen weergegeven. Na de MBCL-training was het depressie-niveau met 25.4% afgenomen, de mate van mindful zijn nam met 6.8% toe en het zelfcompassieniveau nam toe met 13.1%. De effectgrootte voor het niveau van compassie was groot, die voor depressie en mindfulness matig. We vonden geen significante effecten bij angst.

Discussie

Een nieuw compassiegericht trainingsprogramma, de ‘Mindfulness-Based Compassionate Living’ training (MBCL), is in deze haalbaarheidsstudie onderzocht. Een belangrijk verschil tussen MBCL en Mindful Self-Compassion (MSC; Neff & Germer 2013) en Compassion Focussed Therapy (CFT; Gilbert 2010) is dat MBCL voortbouwt op een eerder gevolgde mindfulnessstraining. MBCL is ontwikkeld in een klinische setting, in tegenstelling tot het MSC-programma van Neff & Germer (2013), en is geworteld in de traditie van op mindfulness gebaseerde cognitieve therapie en stressreductie in de manier waarop het programma wordt aangeboden. MSC introduceert mindfulnessbeoefening in het programma zelf. Zowel MSC als MBCL omvatten liefdevolle vriendelijkheid meditatie als een manier om een vriendelijke houding tegenover zichzelf en anderen te cultiveren en formele en informele zelfcompassie-oefeningen wanneer men pijn en lijden tegenkomt. Een ander verschil met MSC is dat MBCL veel van het gedachtegoed (zoals de evolutionaire visie en de emotieregulatiesystemen) en oefeningen van CFT (Gilbert 2010, 2014) integreert, wat vooral nuttig kan zijn in klinische settings (Leaviss & Uttley 2015). MBCL verschilt daarin van CFT dat het meer een op mindfulness gebaseerde groepstraining is dan een groepstherapie, wat inhoudt dat deelnemers het in MBSR/MBCT gestarte zelfonderzoek verdiepen, onder begeleiding van een mindfulnessstrainer die de cursus niet geeft in de rol van therapeut maar als trainer die vaardigheden bijbrengt hoe men zichzelf kan helpen.

De rationale voor het MBCL-programma is dat expliciete oefening in zelfcompassie in een klinische setting wel eens heilzamer en veiliger zou kunnen zijn wanneer het wordt aangeboden aan degenen die al ervaring hebben met een mindfulnesscursus en basale mindfulness-vaardigheden hebben ontwikkeld, daarbij in aanmerking nemend dat voor veel patiënten met chronische of terugkerende psychische problemen een achtweekse cursus geen substantiële hoeveelheid tijd is. Velen hebben vervolgsessies nodig, volgen een tweede of derde mindfulness cursus en ondervinden problemen wanneer ze te vroeg worden aangemoedigd tot explicietere beoefening van zelf-vriendelijkheid en compassie. Als ze eenmaal leren om met hun ervaring te zijn zoals deze is, en zachtmoedig en vriendelijk te zijn wanneer ze zich gematigd onbehaaglijk voelen, zoals in de basis-mindfulnessstraining, zijn ze beter voorbereid om pijnlijker ervaringen te kunnen erkennen en accepteren en deze met compassie tegemoet te treden (exposure).

De MBCL-training bleek haalbaar en veilig, net als op mindfulness-meditatie gebaseerde interventies (Zgierska 2009) daar geen training-gerelateerde incidenten werden gerapporteerd tijdens of tussen de trainingssessies. Wat dit betreft kunnen de volgende twee factoren een rol hebben gespeeld. Ten eerste konden alleen patiënten met eerdere ervaring met mindfulnessstraining deelnemen. Ten tweede

Tabel 4. Vóór- en nameting scores en effecten van MBCL (N = 33)

	Vóór MBCL training scores		Na MBCL training scores		Verschillen		Effect Size Cohen's <i>d</i>
	gem. (range)	SD	gem. (range)	SD	<i>t</i> (df32)	<i>p</i>	
BDI-II (totaal)	20.1 (1.0-46.0)	10.9	15.0 (0.0-44.0)	10.1	3.38	0.002*	0.59
GAD (totaal)	7.8 (0.0-17.0)	4.8	7.0 (0.0-18.0)	4.9	1.02	0.316	0.18
FFMQ (totaal gem.) ^y	3.1 (2.3-4.2)	0.4	3.3 (2.4-4.2)	0.5	-3.02	0.005*	0.53
SCS (totaal gem.)	2.7 (1.6-4.3)	0.7	3.0 (1.8-4.0)	0.6	-3.86	0.001*	0.67

MBCL = Mindfulness-Based Compassionate Living training; gem. = gemiddelde; SD = Standaarddeviatie; df = degrees of freedom (vrijheidsgraden); BDI-II = Beck Depression Inventory-II; GAD = Generalized Anxiety Disorder scale; FFMQ = Five Facet Mindfulness Questionnaire; SCS = Self Compassion Scale.

Gemiddelden en standaarddeviaties van de ongestandaardiseerde scores zijn weergegeven.

^yVerschillen zijn berekend met de gelogtransformeerde scores.

* $p < 0.01$.

mochten personen met psychiatrische problemen alleen aan onze MBCL-interventie deelnemen als dit veilig werd geacht.

Na de MBCL-training nam het depressieniveau af (met een matige effectgrootte) en de niveaus van mindfulness en zelfcompassie namen toe (met een matige resp. grote effectgrootte). De gemiddelde BDI-score op de voormeting is vergelijkbaar met scores die doorgaans gerapporteerd worden voor psychiatrische polikliniekpatiënten (Beck et al. 1996), maar lager dan in studies bij polikliniekpatiënten met een depressieve stoornis (zie Quilty et al. 2010 en Steer et al. 1999). De gemiddelde GAD-score op de voormeting is hoger dan bij patiënten in de eerstelijnszorg en in de algemene bevolking, maar lager dan bij patiënten met een angststoornis (Loewe et al. 2008). Het angstniveau daalde na de training, maar dit resultaat was statistisch niet significant. Aangezien we geen follow-up meting hebben, kunnen we geen uitspraken doen of de verbeteringen aanhielden. Een onderzoek naar MBCT door Ruths et al. (2013) vond een bijkomende verbetering op *trait* angst bij deelnemers die nog drie maanden waren doorgedaan met MBCT-beoefening.

Omdat zelfcompassie – net als mindfulness (Bos et al. 2014) – waarschijnlijk nuttig is voor cliënten met diverse vormen van psychopathologie (MacBeth & Gumley 2012) heeft het logistieke en mogelijk ook therapeutische voordelen om MBCL als een transdiagnostisch trainingsprogramma aan heterogene groepen aan te bieden. Uiteraard is meer onderzoek nodig om dit te staven.

Conclusie

Al met al is de nieuwe MBCL-training effectief gebleken. Op basis hiervan zal uitgebreider empirisch onderzoek moeten worden gedaan, dat zich bij voorkeur ook gaat richten op de onderliggende werkingsmechanismen (zie ook Kazdin 2007). In grotere groepen zouden ook verschillen in uitkomsten tussen de verschillende diagnostische groepen kunnen worden onderzocht.

Referenties

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Revised 4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., Walsh, E., Duggan, D., & Williams, J. M. G. (2008). Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*, 15(3), 329–342. doi:10.1177/1073191107313003
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories-IA and -II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67(3), 588–597.
- Bohlmeijer, E., ten Klooster, P. M., Fledderus, M., Veehof, M., & Baer, R. (2011). Psychometric properties of the five facet mindfulness questionnaire in depressed adults and development of a short form. *Assessment*, 18(3), 308–320. doi:10.1177/1073191111408231
- Bos, E. H., Merea, R., Van den Brink, E., Sanderman, R., & Bartels-Velthuis, A. A. (2014). The effectiveness of mindfulness training in heterogeneous psychiatric patient groups. *Journal of Clinical Psychology*, 70(1), 60–71. doi:10.1002/jclp.22008
- Brach, T. (2004). *Radical acceptance*. New York: Bantam.
- Braehler, C., Gumley, A., Harper, J., Wallace, S., Norrie, J., & Gilbert, P. (2013). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: results of a feasibility randomized controlled trial. *The British Journal of Clinical Psychology*, 52(2), 199–214. doi:10.1111/bjc.12009
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2011). Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 187(3), 441–453. doi:10.1016/j.psychres.2010.08.011
- Donker, T., van Straten, A., Marks, I., & Cuijpers, P. (2011). Quick and easy self-rating of generalized anxiety disorder: validity of the Dutch web-based GAD-7, GAD-2 and GAD-SI. *Psychiatry Research*, 188(1), 58–64. doi:10.1016/j.psychres.2011.01.016
- 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(5), 1045–1062. doi:10.1037/a0013262
- Gale, C., Gilbert, P., Read, N., & Goss, K. (2014). An evaluation of the impact of introducing compassion focused therapy to a standard treatment programme for people with eating disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(1), 1–12. doi:10.1002/cpp.1806
- Germer, C. K. (2009). *The mindful path to self-compassion*. New York: Guilford Press.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy*. London: Routledge.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6–41.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 263–325). London: Routledge.

- 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*. doi: 10.1002/cpp.507
- Hanson, R. (2013). *Hardwiring happiness – the new brain science of contentment, calm, and confidence*. New York: Harmony.
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (1999). *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- 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(2), 169–183. doi:10.1037/a0018555
- Jazaieri, H., Jinpa, G. T., McGonigal, K., Rosenberg, E. L., Finkelstein, J., Simon-Thomas, E., Cullen, M., Doty, J. R., Gross, J. J., & Goldin, P. R. (2013). Enhancing compassion: a randomized controlled trial of a compassion cultivation training program. *Journal of Happiness Studies*, 14(4), 1113–1126. doi:10.1007/s10902-012-9373-z
- Johnson, D. P., Penn, D. L., Fredrickson, B. L., Meyer, P. S., Kring, A. M., & Brantley, M. (2009). Loving-kindness meditation to enhance recovery from negative symptoms of schizophrenia. *Journal of clinical psychology*, 65, 499–509. doi:10.1002/jclp.20591
- Judge, L., Cleghorn, A., McEwan, K., & Gilbert, P. (2012). An exploration of group-based compassion focused therapy for a heterogeneous range of clients presenting to a community mental health team. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(4), 420–429.
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1–27. doi:10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432
- Houry, B., Lecomte, T., Gaudiano, B. A., & Paquin, K. (2013). Mindfulness interventions for psychosis: a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 150(1), 176–184. doi:10.1016/j.schres.2013.07.055
- 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(1), 109–121. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.08.014
- Kok, B. E., & Fredrickson, B. L. (2010). Upward spirals of the heart: autonomic flexibility, as indexed by vagal tone, reciprocally and prospectively predicts positive emotions and social connectedness. *Biological Psychology*, 85(3), 432–436. doi:10.1016/j.biopsycho.2010.09.005
- Laithwaite, H., O’Hanlon, M., Collins, P., Doyle, P., Abraham, L., Porter, S., & Gumley, A. (2009). Recovery after psychosis (RAP): a compassion focused programme for individuals residing in high security settings. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(5), 511–526. doi:10.1017/S1352465809990233
- Leaviss, J., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: an early systematic review. *Psychological medicine*, 45(05), 927–945.
- Loewe, B., Decker, O., Mueller, S., Braehler, E., Schellberg, D., Herzog, W., & Herzberg, P. Y. (2008). Validation and standardization of the generalized anxiety disorder screener (GAD-7) in the general population. *Medical Care*, 46(3), 266–274.

- Lucre, K. M., & Corten, N. (2013). An exploration of group compassion-focused therapy for personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. doi:10.1111/j.2044-8341.2012.02068.x
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: a metaanalysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 545–552. doi:10.1016/j.cpr.2012.06.003
- Mayhew, S. L., & Gilbert, P. (2008). Compassionate mind training with people who hear malevolent voices: a case series report. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(2), 113–138. doi:10.1002/cpp.566
- Neff, K. D. (2003). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223–250.
- Neff, K. (2011). *Self-compassion: stop beating yourself up and leave insecurity behind*. New York: HarperCollins.
- Neff, K. D., & Dahm, K. A. (2014). Self-compassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness (pp. 121-140). In M. Robinson, B. Meier & B. Ostafin (Eds.), *Mindfulness and Self-Regulation*. New York: Springer.
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28–44. doi:10.1002/jclp.21923
- Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, 77(1), 23–50. doi:10.1111/j.1467-6494.2008.00537.x
- Olf, M., Frijling, J. L., Kubzansky, L. D., Bradley, B., Ellenbogen, M. A., Cardoso, C., Bartz, J. A., Yee, J. R., & Van Zuiden, M. (2013). The role of oxytocin in social bonding, stress regulation and mental health: an update on the moderating effects of context and interindividual differences. *Psychoneuroendocrinology*, 38(9), 1883–1894. doi:10.1016/j.psyneuen.2013.06.019
- O'Reilly, G. A., Cook, L., Spruijt-Metz, D., & Black, D. S. (2014). Mindfulness-based interventions for obesity-related eating behaviours: a literature review. *Obesity Reviews*, 15(6), 453–461. doi:10.1111/obr.12156
- Pace, T. W. W., Negi, L. T., Adame, D. D., Cole, S. P., Sivilli, T. I., Brown, T. D., Issa, M. J., & Raison, C. L. (2009). Effect of compassion meditation on neuroendocrine, innate immune and behavioural responses to psychosocial stress. *Psychoneuroendocrinology*, 34(1), 87–98. doi:10.1016/j.psyneuen.2008.08.011
- Pace, T.W.W., Negi, L. T., Sivilli, T. I., Issa, M. J., Cole, S. P., Adame, D. D., & Raison, C. L. (2010). Innate immune, neuroendocrine and behavioral responses to psychosocial stress do not predict subsequent compassion meditation practice time. *Psychoneuroendocrinology*, 35(2), 310–315. doi:10.1016/j.psyneuen.2009.06.008
- 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(6), 1032–1040. doi:10.1016/j.cpr.2011.05.002
- Porges, S. W. (2007). The polyvagal perspective. *Biological Psychology*, 74(2), 116–143. doi:S0301-0511(06)00176-1 [pii]
- Quilty, L. C., Zhang, K. A., & Bagby, R. M. (2010). The latent symptom structure of the Beck Depression Inventory-II in outpatients with major depression. *Psychological Assessment*, 22(3), 603–608. doi:10.1037/a0019698

- Rockliff, H., Karl, A., McEwan, K., Gilbert, J., Matos, M., & Gilbert, P. (2008). Effects of intranasal oxytocin on 'Compassion Focused Imagery'. *Emotion*. doi:10.1037/a0023861
- Ruths, F. A., De Zoysa, N., Frearson, S. J., Huton, J., Williams, J. M. G., & Walsh, J. (2013). Mindfulness-based cognitive therapy for mental health professionals – a pilot study. *Mindfulness*, 4, 289–295. doi:10.1007/s12671-012-0127-0
- Segal, S. V., Williams, J. M., & Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Lowe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. doi:166/10/1092
- Steer, R., Ball, R., Ranieri, W., & Beck, A. (1999). Dimensions of the Beck Depression Inventory-II in clinically depressed outpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 55(1), 117–128. doi:10.1002/(SICI)1097-4679(199901)55:1<117::AID-JCLP12>3.0.CO;2-A
- Van den Brink, E., & Koster, F. (2012, herziene vierde druk 2016). *Compassievol leven – een mindfulness-based verdiepingsprogramma*. Amsterdam: Boom. (English edition: *Mindfulness-based compassionate living – a new training programme to deepen mindfulness with heartfulness*. London: Routledge, 2015.)
- Van den Brink, E., & Koster, F. (2014). *Compassietraining in de GGZ*. GGZet Wetenschappelijk, 18(2).
- Van der Does, A. J.W. (2002). *BDI-II-NL. Handleiding*. De Nederlandse versie van de Beck Depression Inventory-2nd edition. Lisse: Harcourt Test Publishers.
- Vollestad, J., Nielsen, M. B., & Nielsen, G. H. (2012). Mindfulness- and acceptance-based interventions for anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Clinical Psychology*, 51(3), 239–260. doi:10.1111/j.2044-8260.2011.02024.x
- Wallmark, E., Safarzadeh, K., Daukantaitė, D., & Maddux, R. E. (2013). Promoting altruism through meditation: an 8-week randomized controlled pilot study. *Mindfulness*, 4, 223–234.
- Wanden-Berghe, R. G., Sanz-Valero, J., & Wanden-Berghe, C. (2011). The application of mindfulness to eating disorders treatment: a systematic review. *Eating Disorders*, 19(1), 34–48. doi:10.1080/10640266.2011.533604
- Zgierska, A., Rabago, D., Chawla, N., Kushner, K., Koehler, R., & Marlatt, A. (2009). Mindfulness meditation for substance use disorders: a systematic review. *Substance Abuse*, 30(4), 266–294. doi:10.1080/08897070903250019