



# Mindfulness

als verrijking van de  
cognitieve gedragstherapie

**Paul van den Berg**

Juli 2005

Universiteit van Amsterdam

Begeleider prof. dr. R.W. Trijsburg

Faculteit der maatschappij- en gedragwetenschappen • afdeling klinische psychologie

Studentnummer: 9943692

# Samenvatting

Er is een groeiende belangstelling vanuit de wetenschap voor mindfulness. Mindfulness betekent het opzettelijk aandacht schenken aan het ontvouwen van de ervaring van moment tot moment, zonder te oordelen of te evalueren en is afkomstig uit het Boeddhisme. Mindfulness komt tot stand tijdens meditatie-oefeningen waarbij geleerd wordt te focussen op de ademhaling terwijl alle gevoelens, sensaties en gedachten, zonder oordeel of evaluatie, worden opgemerkt. Er bestaan twee trainingen waarin mindfulness centraal staat, te weten mindfulness-based-stress-reduction (MBSR) voor chronische pijn- en stressstoornissen en mindfulness-based-cognitive-therapy (MBCT) ter preventie van terugval bij depressie. Mindfulness lijkt nuttig te zijn voor de behandeling van een scala aan psychische symptomen.

Volgens Bishop et al. bestaat mindfulness uit twee componenten. De eerste component is de zelfregulatie van aandacht, waarbij volgehouden aandacht en afremming van secundaire gevoelens, gedachten en sensaties een rol spelen. De tweede component is de houding ten aanzien van de ervaring die wordt gekenmerkt door vriendelijkheid en acceptatie, waardoor een onderzoekend bewustzijn ontstaat en de cognitieve flexibiliteit toeneemt.

Er is een aantal verklarende mechanismen beschreven voor de werkzaamheid van mindfulness. Deze zijn exposure, cognitieve verandering, acceptatie, ontspanning en zelfmanagement. Door deze werkzame bestanddelen wordt de emotieregulatie verbeterd en kan mindfulness bijdragen aan het veranderingsproces in therapie. Er zijn nog geen onderzoeken gedaan naar de mechanismen. Wel zijn de effecten van MBSR en MBCT op verschillende aspecten van psychologisch functioneren onderzocht.

Uit deze studies blijkt dat MBSR leidt tot een significante afname van angst en depressieve symptomen. Daarnaast zorgt MBSR voor een significante toename van het empathisch vermogen en 'positive states of mind'. Ook lijkt uit de studies naar voren te komen dat MBSR geschikt is voor de behandeling van gegeneraliseerde angststoornis en de eerste fasen van rouwverwerking.

Daarnaast laten de studies naar het effect van MBCT ter preventie van terugval bij depressie zien dat MBCT de terugvalkans bij mensen met drie of meer eerdere depressieve episodes met de helft vermindert. Bij mensen met twee eerdere depressies heeft MBCT geen effect.

Dankzij deze effecten lijkt mindfulness een toegevoegde waarde te hebben bij psychotherapeutische behandelingen, met name ten behoeve van de terugvalpreventie. Daarnaast lijkt mindfulness geschikt te zijn voor de behandeling van stoornissen waarvoor nog geen duidelijke evidence-based behandeling bestaat, zoals de gegeneraliseerde angststoornis.

Sommige cognitieve gedragstherapeuten zijn van mening dat mindfulness niet thuishoort binnen de cognitieve gedragstherapie. De argumenten die zij hiervoor gebruiken zijn echter niet overtuigend en niet wetenschappelijk onderbouwd.

Integratie van mindfulness en andere psychotherapeutische methodes vormt een uitdaging die van grote betekenis kan zijn voor de psychotherapie.

# Inhoudsopgave

1. Inleiding	1
2. De werking van mindfulness	4
2.1 Basisoefening	4
2.2 Twee-componentenmodel	6
2.3 Verklarende mechanismen	8
2.4 Mindfulness en verandering in therapie	11
3. Mindfulness- Based Stress Reduction	13
3.1 Kernprincipes van MBSR	13
3.2 Effectiviteit van MBSR	14
Tabel 1	16
4. Mindfulness- Based Cognitive Therapy	25
4.1 Kernprincipes van MBCT	25
4.2 Effectiviteit van MBCT	27
5. Conclusie	29
6. Literatuur	34

## 1. Inleiding

Mindfulness (in het Nederlands vertaald als 'aandachtgerichtheid') begint een populair begrip te worden binnen de wetenschappelijke psychologie. Steeds meer onderzoekers trachten de waarde te bepalen van deze 'nieuwkomer'. Mindfulness wordt omschreven als het bewustzijn dat ontstaat door het opzettelijk aandacht schenken, in het nu en zonder te oordelen, aan het zich ontvouwen van de ervaring van moment tot moment (Kabat-Zinn, 2003). Mindfulness wordt 'het hart' van de boeddhistische meditatie genoemd en zetelt in de kern van de leer van Boeddha. Deze leer wordt traditioneel aangeduid in het Sanskriet als *dharma*. Kabat-Zinn (2003) omschrijft Boeddha als een geboren wetenschapper die geen andere instrumenten had behalve zijn eigen geest, lichaam en ervaring waarmee hij probeerde door te dringen in de aard van lijden en de menselijke conditie. Zijn onderzoek heeft geleid tot tal van diepgaande inzichten en een omvattende kijk op het menselijke leven. Volgens Kabat-Zinn is de kern van *Dharma* universeel van aard. Het is ook geen geloof, ideologie of filosofie. *Dharma* is een samenhangende beschrijving van de aard van de geest, emoties en lijden én van de potentiële bevrijding van lijden, gebaseerd op zeer verfijnde oefening. Deze oefening is gericht op de systematische training en cultivering van verschillende aspecten van de geest via het vermogen van 'mindful attention'. Mindfulness bevat een liefdevolle kwaliteit. Dit uit zich in een gevoel van openhartigheid, vriendelijke aanwezigheid en interesse (Kabat-Zinn, 2003).

Alle mensen zijn tot op zekere hoogte 'mindful' en mindfulness is dan ook een onderdeel van menselijke vermogens. De bijdrage van het Boeddhisme ligt voor een

gedeelte in de ontwikkeling van methodes om mindfulness in alle aspecten van het leven tot stand te brengen. Deze ontwikkeling binnen de Boeddhistische traditie beslaat zo'n 2500 jaar, maar ook andere en oudere tradities hebben in de kern van hun leer gebruik gemaakt van de essentie van mindfulness (Kabat-Zinn, 2003).

Om meer 'mindful' te worden moet men oefenen. Door de beoefening van meditatie kan men het vermogen tot mindfulness ontwikkelen. Er zijn vele meditatieoefeningen ontworpen die mindfulness tot stand brengen. Bij veel oefeningen wordt geleerd de aandacht gericht te houden op interne ervaringen die elk moment optreden, zoals lichaamssensaties, gedachten en emoties. Andere oefeningen maken gebruik van externe aspecten zoals beelden en geluiden.

Er zijn inmiddels veel meditatieoefeningen 'vertaald' naar de westerse situatie. Dat wil zeggen dat deze oefeningen ontdaan zijn van culturele en religieuze aspecten. Aspecten van mindfulness zijn bijvoorbeeld terug te vinden in yoga, een van oorsprong oosterse vorm van bewegen die hier inmiddels in allerlei varianten en zelfs op reguliere sportscholen wordt gegeven. Ook zijn er twee psychologische trainingen ontwikkeld die gebruik maken van mindfulness.

De oudste daarvan is de Mindfulness-Based-Stress-Reduction (MBSR), die in 1979 is opgezet door Kabat-Zinn (1990). Hij is de grondlegger van een training waarmee door middel van mindfulness chronische pijn- en stressgerelateerde stoornissen worden behandeld. Er zijn inmiddels drie grote meta-analyses uitgevoerd, naar de effectiviteit van MBSR bij chronische pijn- en stressgerelateteerde stoornissen. Bishop (2002) concludeert aan de hand van zijn meta-analyse dat de

onderzoeken naar de MBSR veel methodologische tekortkomingen bevatten. Hij is daarom sceptisch over de werkzaamheid van MBSR. Grossman, Niemann, Schmidt en Walach (2004) en Baer (2003) zijn daarentegen positiever. Ook zij constateren methodologische tekortkomingen maar concluderen op grond van hun meta-analyses dat MBSR leidt tot effectieve verbetering van de lichamelijke en geestelijke gezondheid.

Daarnaast hebben Segal, Williams en Teasdale (2004) de Mindfulness-Based-Cognitive-Therapy (MBCT) ontworpen. Deze behandeling maakt gebruik van de kernprincipes van MBSR maar is aangevuld met cognitieve therapie. MBCT is ontwikkeld om terugval bij depressie te voorkomen. Verder omvat de Dialectische Gedragstherapie ook mindfulness-interventies (Linehan, 1993). DGT is ontworpen voor de behandeling van de borderline persoonlijkheidsstoornis. Deze behandeling is voornamelijk cognitief gedragstherapeutisch, maar wordt gecombineerd met concepten en technieken afkomstig uit client-centered, psychodynamische, gestalt- en systeemtherapieën, en uit oosterse en Zen tradities. Ook de Acceptance and Commitment Therapy bevat elementen van mindfulness (Hayes, Follette, & Linehan, 2004). ACT is gebaseerd op mindfulness, acceptatie en waarden. ACT is voortgekomen uit gedrags- en cognitief-gedragstherapeutische tradities. Deze vorm van psychotherapie richt zich op het ontwikkelen van een breder en flexibeler gedragsrepertoire. Er zijn dus meerdere behandelingen die gebruik maken van mindfulness-interventies. Uit de onderzoeken die tot nu toe zijn gedaan naar de effectiviteit van deze verschillende behandelingen, lijkt mindfulness effectief. Toch tast men nog enigszins in het duister over de werkingsmechanismen van mindfulness. Meer kennis over

deze mechanismen zou kunnen leiden tot meer inzicht in de werkzaamheid, en over de toepasbaarheid ervan bij verschillende stoornissen.

In deze scriptie wordt onderzocht welke mechanismen en mentale processen een rol spelen bij mindfulness. Ook worden de Mindfulness Based Stress Reduction en de Mindfulness Based Cognitive Therapy beschreven en wordt de effectiviteit van deze behandelingen nagegaan. Zo wordt getracht een antwoord te geven op de vraag wat de waarde is van mindfulness als onderdeel van de psychotherapie. Aangezien de Dialectische Gedragstherapie en de Acceptance and Commitment Therapy naast elementen van Mindfulness ook vele andere interventies en methoden gebruiken kunnen hieruit geen specifieke conclusies getrokken worden over de effectiviteit van mindfulness. Om die reden wordt in deze scriptie dan ook niet verder ingegaan op deze behandelingen. De scriptie is als volgt opgebouwd.

Allereerst worden de werkingsmechanismen van mindfulness onderzocht. Hierbij worden verschillende mentale processen en mechanismen die optreden bij mindfulness besproken. Zo wordt getracht te verklaren hoe mindfulness leidt tot het verbeteren van aspecten van het psychologisch functioneren.

Vervolgens wordt de Mindfulness-Based-Stress-Reduction beschreven om inzicht te verschaffen in de aard van deze behandeling en de doelgroep waarvoor deze geschikt is. Daarnaast wordt er aan de hand van experimenteel onderzoek nagegaan wat bekend is over de effectiviteit van deze behandeling.

Bovendien worden de kernprincipes van de Mindfulness-Based-Cognitive-Therapy uiteengezet. Er zal worden uitgelegd wat de kernprincipes zijn van deze behandeling.

Ook wordt de effectiviteit ervan aan de hand van experimenteel onderzoek beschreven.

Tot slot worden in de conclusie de belangrijkste bevindingen samengevat en wordt er een antwoord gegeven op de vraagstelling. De waarde van mindfulness als onderdeel van de psychotherapie wordt geëvalueerd. Ook wordt hier ingegaan op de implicaties van integratie van mindfulness en psychotherapie voor de praktijk.

## **2. De werking van mindfulness**

Zoals al eerder beschreven is, is mindfulness het bewustzijn dat ontstaat door het opzettelijk aandacht schenken, in het nu en zonder te oordelen, aan het ontvouwen van de ervaring van moment tot moment (Kabat-Zinn, 2003). Maar wat gebeurt er dan eigenlijk? Welke veranderingen treden er op en waarom zouden deze een heilzame uitwerking hebben?

Kabat-Zinn schreef in het voorwoord van het boek *'Aandachtgerichte cognitieve therapie bij depressie: een nieuwe methode om terugval te voorkomen*, Amsterdam, Uitgeverij Nieuwezijds, 2004:

Strikt genomen is aandachtgerichtheid geen techniek of methode, al zijn er verschillende methoden en technieken om haar te ontwikkelen. Juister is de omschrijving als een zijnswijze, of een zienswijze, waarbij je in alle betekenissen van het woord 'bij zinnen komt'. Het is in elk geval het ontwikkelen en verfijnen van een manier om, via systematische zelfwaarneming, vertrouwd te raken met datgene wat je ervaart. Dat betekent ook dat je niet toegeeft aan de impuls om dat te typeren, te evalueren en te beoordelen. Daardoor creëer je talrijke mogelijkheden om buiten de versleten groeven van ons geconditioneerde, grotendeels automatische, ononderzochte denken en van onze emotionele reactiviteit te treden (p. VIII).

Hiermee wordt al het een en ander geïllustreerd over de werking van mindfulness. Hieronder zullen de componenten, waaruit mindfulness verondersteld wordt te bestaan, beschreven, aan de hand van het *twee-componenten model* van Bishop et al. (2004). Vervolgens zullen de veronderstelde mechanismen die de symptoomreductie en gedragsverandering kunnen verklaren aan bod komen. Allereerst zal echter worden beschreven hoe mindfulness kan worden gecreëerd en vastgehouden. Dit wordt geïllustreerd door een beschrijving van de basisoefening voor mindfulness.

### **2.1 Basisoefening**

Bishop et al. (2004) geven een duidelijke uitleg van de basisoefening voor het creëren van mindfulness. Deze basisoefening is een zitmeditatie. De cliënt zit rechtop, in een stoel of met de benen gekruist op de grond en probeert de aandacht gericht te houden op één bepaalde focus, gewoonlijk de ademhaling of een andere lichaamssensatie. Telkens als de aandacht afdwaalt van de ademhaling naar onvermijdelijke gedachten en gevoelens die opkomen, merkt de cliënt dat op, maar maakt zich er vervolgens van los door de aandacht terug te brengen naar de ademhaling. Dit proces wordt elke keer herhaald als de aandacht afdwaalt van de ademhaling. De nadruk ligt op het gewoon opmerken van wat er zich afspeelt in de geest, elke ervaring te accepteren zonder erover te oordelen of uit te wijden over de implicaties ervan, of de behoefte om actie te ondernemen (Segal et al., 2004). Deze oefening leidt tot een toestand van mindfulness. In deze toestand worden gedachten en gevoelens geobserveerd als gebeurtenissen in de geest, waarmee men zich niet al te veel identificeert en waarop men niet automatisch, zoals men gewoon is, reageert. Deze kalme toestand van

zelfobservatie zorgt voor een 'ruimte' tussen iemands perceptie en reacties daarop.

Vervolgens wordt de cliënt aangemoedigd om deze benadering naar zoveel mogelijke situaties buiten deze formele oefening te brengen door telkens, wanneer men opmerkt dat de aandacht in beslag wordt genomen door gedachtestromen of piekeren, de aandacht naar het hier en nu te brengen met de ademhaling als anker. Als de cliënten de basisoefening goed beheersen, kan vervolgens worden geleerd hoe mindfulness gecreëerd kan worden tijdens dagelijkse bezigheden zoals lopen of afwassen door in plaats van de ademhaling, de betreffende activiteit als aandachtsfocus te nemen.

Bishop et al. (2004) stellen dat mindfulness een psychologische vaardigheid is die ontwikkeld kan worden door oefening. Mindfulness is een toestand (*state*) en geen karaktereigenschap (*trait*) vanwege de nadruk die ligt op het opzettelijk reguleren van de aandachtsfocus, waarmee men ervoor zorgt dat mindfulness gehandhaafd blijft. Als de aandacht niet meer op deze manier wordt gereguleerd, dan zal de mindfulness verminderen. Hoewel men de vaardigheden om mindfulness op te wekken leert in de meditatie, hoeft mindfulness niet beperkt te blijven tot de meditatie. Als men eenmaal de mindfulnessvaardigheden bezit dan kan mindfulness naar vele situaties in het dagelijks leven worden overgebracht omdat vele situaties focus van aandacht kunnen zijn.

## **2.2 Twee-componenten model**

Bishop et al. (2004) hebben een aantal besprekingen gehouden met collega-onderzoekers om consensus te bereiken over de verschillende componenten van mindfulness. Op basis hiervan hebben zij een twee-

componenten model geconstrueerd ter beschrijving van de processen die optreden bij mindfulness. Dit model dient als de operationele definitie van mindfulness, die als basis kan dienen voor vervolgonderzoek.

De eerste component heeft betrekking op de *zelfregulatie van aandacht* en de tweede component op het aannemen van een bepaalde *houding* ten opzichte van de ervaringen in het huidige moment, een houding die wordt gekenmerkt door nieuwsgierigheid, openheid en acceptatie.

### ***Component 1. Zelfregulatie van aandacht***

Mindfulness begint bij het brengen van de aandacht naar de huidige ervaring, de aandachtige observatie van de veranderende gedachten, gevoelens en sensaties van moment tot moment, door het reguleren van de aandachtsfocus. Dit leidt tot alertheid ten opzichte van wat zich afspeelt in het huidige moment. Dit wordt beschreven als 'a feeling of being fully present and alive in the moment' (Bishop et al. 2004, p 2).

Vaardigheden om aandacht vol te houden zijn nodig om het bewustzijn van het huidige moment te handhaven.

Volgehouden aandacht verwijst naar het vermogen om gedurende een lange tijd een staat van waakzaamheid vast te houden (Parasuraman, 1998, aangehaald in Bishop et al., 2004). Volgehouden aandacht houdt deze verankerd in het nu, zodat opgemerkt kan worden wanneer gedachten, gevoelens en sensaties opkomen in de stroom van het bewustzijn. Daarnaast is vaardigheid in het schakelen (*switchen*) vereist om de aandacht terug te brengen naar de ademhaling op het moment wanneer een gedachte, gevoel of een sensatie is opgemerkt. Door het switchen van het ene object naar het andere ontstaat flexibiliteit van aandacht (Posner, 1980, aangehaald in Bishop, 2004).

Op basis van dit model wordt voorspeld dat de ontwikkeling van de vaardigheid om mindful te zijn geassocieerd is met verbeteringen in volgehouden aandacht en switchen. Deze verbeteringen kunnen objectief gemeten worden met behulp van tests die de alertheid meten (Klee & Garfinkel, 1983, aangehaald in Bishop et al., 2004) en door taken waarbij proefpersonen moeten wisselen van geestgesteldheid (*mind-sets*; Rogers & Monsell, 1995, aangehaald in Bishop et al., 2004).

Door de zelfregulatie van aandacht wordt het bewustzijn vergroot van gevoelens, sensaties en gedachten op het moment dat ze opkomen. In plaats van verstrikt te raken in ingewikkelde gedachtestromen over de ervaring, zorgt mindfulness ervoor dat men gebeurtenissen in de geest en het lichaam *direct* kan waarnemen. Alle gedachten, gevoelens en sensaties worden objecten voor observatie. Nadat ze zijn opgemerkt wordt de aandacht weer gericht op de ademhaling waardoor verdere uitweiding hierover wordt voorkomen. Op deze manier zorgt mindfulness voor het afremmen van secundaire gedachten, gevoelens en sensaties die opkomen in de stroom van het bewustzijn.

Er vindt dus een inhibitie plaats van secundaire gedachten, gevoelens en sensaties. Hierdoor komt er meer energie vrij voor de ervaring van het moment, waardoor meer percepties van het moment het bewustzijn binnendringen. Op deze manier kan men directer leren waarnemen, zonder eerst de verwachtingen, aannames en overtuigingen te toetsen.

Zelfregulatie van aandacht bestaat volgens Bishop et al. dus uit volgehouden aandacht, switchen van aandacht en het afremmen van secundaire gedachtestromen, gevoelens en sensaties.

### ***Component 2. Houding ten opzichte van de ervaring***

De tweede component uit het model van Bishop et al. heeft betrekking op de houding ten opzichte van ervaringen.

Deze houding begint met het ontwikkelen van een *nieuwsgierigheid* naar alles wat er in de geest gebeurt en waarnaar deze afdwaalt. Alle gedachten, gevoelens en sensaties die in de geest verschijnen zijn relevant.

Alles wordt gezien als object ter observatie. De cliënt probeert dus niet een bepaalde geestestoestand te produceren, zoals ontspanning, of gevoelens te veranderen, wat deze ook mogen zijn. In plaats daarvan wordt de cliënt aangemoedigd om notitie te nemen van alle gevoelens, gedachten en sensaties die in het bewustzijn opdoemen.

Op deze wijze wordt een *accepterende* houding gecreëerd ten opzichte van de ervaring. Bishop et al. (2004) stellen dat het aannemen van een nieuwsgierige en accepterende houding tijdens de mindfulnessoefeningen leidt tot een afname van het gebruik van cognitieve en gedragsmatige strategieën om de directe ervaring te vermijden.

De nieuwsgierige en open houding ten aanzien van alle ervaringen tijdens de mindfulnessoefeningen leidt tot het ontwikkelen van een *onderzoekend bewustzijn*. Dit houdt een proces van intensieve zelfobservatie in, waarbij *onderzoekend* verwijst naar een intensieve inspanning om de aard van gedachten en gevoelens te begrijpen. De cliënt wordt aangemoedigd om de gebeurtenissen die in de geest verschijnen te onderscheiden. Dus men leert om gevoelens van lichaamssensaties te onderscheiden en om verbanden tussen ervaringen te zien. Zo leert men bijvoorbeeld dat een negatieve gedachte leidt tot een 'vervelend' gevoel, en dat dit gevoel aanleiding is voor

nog meer negatieve gedachten waardoor het negatieve gevoel wordt versterkt.

Op deze manier zorgen mindfulness-oefeningen op den duur voor een verhoogde capaciteit om verschillende affectieve en cognitieve ervaringen te onderscheiden en te integreren. Dit laatste wordt ook wel omschreven als een verhoging van de *cognitieve complexiteit*. Cliënten leren dus de ingewikkelde aard van hun emotionele toestanden kennen. Hun vermogen om relaties te zien tussen gedachten, gevoelens, gedrag en de betekenis en oorzaak ervan neemt toe. Hieruit maken Bishop et al. de gevolgtrekking dat het beoefenen van mindfulness leidt tot vergroting van het inzicht in de aard van gedachten en gevoelens.

### **2.3 Verklarende mechanismen**

In de literatuur over mindfulness worden verschillende mechanismen beschreven ter verklaring van de symptoomreductie en gedragsverandering door mindfulness. Baer (2003) heeft een aantal mechanismen beschreven, te weten exposure, cognitieve verandering, zelfmanagement, relaxatie en acceptatie. Deze werkingsmechanismen zullen achtereenvolgens aan bod komen.

#### **1. Exposure**

Tijdens de mindfulness meditaties worden alle gedachten, gevoelens en sensaties opgemerkt waarna de aandacht weer op de ademhaling wordt gericht. Doordat men vaak lang in één houding zit gaat het lichaam dikwijls pijn doen. Mindfulness trainers geven vaak de instructie om niet van positie te veranderen teneinde de pijn te verlichten. In plaats daarvan wordt verzocht om liefdevolle aandacht te schenken aan de pijn en om een niet-veroordelende houding aan te nemen ten aanzien van de sensaties, cognities

(zoals "ik hou het niet meer vol"), emoties (zoals boosheid) en behoeftes (bijvoorbeeld om van positie te veranderen) die wellicht zullen optreden. Verondersteld wordt dat het vermogen om pijnlijke sensaties niet veroordelend te observeren, leidt tot vermindering van het ongemak dat gepaard gaat met pijn (Baer, 2003). Op deze manier kan mindfulness bijdragen aan de vermindering van chronische pijnklachten. De verklaring is dat langdurige exposure plaatsvindt aan de pijn, echter zonder dat catastrofale gevolgen optreden. Hierdoor kan mindfulness leiden tot een afname van de emotionele respons op de pijn (Kabat-Zinn, 1982).

Op een vergelijkbare manier kan mindfulness heilzaam zijn bij 'emotionele pijn'. Het niet-veroordelend observeren van bijvoorbeeld hele angstige of pijnlijke gevoelens, zonder te proberen om deze te vermijden of eraan te ontsnappen, is ook een vorm van exposure. Vooral bij stoornissen waarbij vermijding centraal staat, zoals de angststoornissen maar ook de borderline persoonlijkheidsstoornis kan mindfulness een nuttige interventie zijn. Borderliners hebben vaak negatieve emoties die zo intens zijn dat ze deze door middel van over het algemeen weinig effectief gedrag proberen te vermijden (Scheel, 2000). Tijdens de mindfulness-oefeningen zal men ook deze intense negatieve emoties proberen te observeren zonder te proberen eraan te ontsnappen. Bishop et al. (2004) voorspellen op basis van hun *twee-componentenmodel* dat het aannemen van een accepterende houding zal leiden tot een afname van op vermijding gerichte cognitieve en gedragsstrategieën.

## **2. Cognitieve verandering**

Verscheidene auteurs stellen dat de beoefening van mindfulness leidt tot cognitieve veranderingen. Door de

beoefening van mindfulness, leert men de geest te zien als 'de hemel, waar wolken in de vorm van gedachten en gevoelens langs drijven'. Men leert dus gedachten te zien als mentale gebeurtenissen die voorbijgaan. Het decentrerende effect wordt verduidelijkt aan de hand van de volgende citaat van Kabat-Zinn (2000, pp. 69-70):

' Het is opmerkelijk hoe bevrijdend het voelt te kunnen inzien dat je gedachten maar gedachten zijn en niet 'jij' of de 'werkelijkheid'... dat simpele foefje - je gedachten als louter gedachten zien - kan je bevrijden van de vertekende werkelijkheid die gedachten dikwijls scheppen, het kan je blik scherpen en je meer het gevoel geven dat je je eigen leven kunt sturen'.

Segal et al.(2004) beschrijven hoe mindfulness gebruikt kan worden om een andere relatie op te bouwen met de cognities. Er wordt geleerd om niet *vanuit* de gedachten te werken maar *'naar de gedachten toe'*, als voorwerpen van aandacht. Zo wordt bijvoorbeeld geleerd om depressogene gedachten te herkennen, en daarna de aandacht weer op de ademhaling te richten, waardoor de neiging tot piekeren vermindert.

### **3. Zelfmanagement**

Baer (2003) concludeert dat mindfulness leidt tot een beter zelfmanagement. De mindfulnesstraining leidt tot een sterker vermogen tot zelfobservatie, waardoor 'problemen' eerder worden herkend en het gebruik van copingvaardigheden toeneemt. Segal et al.(2004) veronderstellen dat mindfulnesstraining ervoor zorgt dat het bewustzijn van de mentale gebeurtenissen toeneemt waardoor 'eerste signalen' van een depressogene denkketen eerder worden herkend. Kabat-Zinn (1982) beschrijft ook dat een verhoogd bewustzijn van pijnsensaties en stressresponsen mensen meer 'ruimte' geeft om te kiezen uit verschillende copingstrategieën. Linehan (1993)

veronderstelt dat de niet-veroordelende zelfobservatie ervoor zorgt dat men de gevolgen van gedrag eerder herkent. Hierdoor kan mindfulness resulteren in een afname van impulsieve en onaangepaste gedragingen, en een toename van effectief gedrag.

#### **4. Relaxatie**

Er is aangetoond dat verschillende meditatieoefeningen tot relaxatie leiden (Wallace, Benson, & Wilson, 1984, aangehaald in Baer, 2003). Ook mindfulness leidt tot relaxatie, hoewel dit op zichzelf geen doel is van mindfulness. Men probeert immers de huidige ervaring te observeren en als zodanig te accepteren en dus niet om een bepaalde toestand, zoals relaxatie, tot stand te brengen. Toch treedt ontspanning wel op (Baer, 2003; Segal et al, 2004). Mindfulness heeft een ontspannende werking, door de focussing van de aandacht en door de observatie van gedachten en gevoelens die stress verhogen, in plaats erop te reageren.

#### **5. Acceptatie**

Zoals al is beschreven bij het twee-componentenmodel, wordt tijdens de mindfulnessstraining een nieuwsgierige en accepterende houding ontwikkeld naar alle aspecten van de ervaring. Alle gedachten, gevoelens en sensaties die in de geest verschijnen worden met een zekere vriendelijkheid geobserveerd.

*Acceptatie* betekent het toelaten van alle gevoelens, gedachten en sensaties in het huidige moment. Het is een actief proces waarbij wordt getracht alle aspecten van de ervaring toe te staan met een open houding (Segal, et al., 2004). Acceptatie treedt dus op tijdens de mindfulnessbeoefening. Kabat-Zinn (1990) zegt zelfs dat

acceptatie behoort tot de kern van de mindfulness-beoefening.

Bij alle behandelingen die gebruik maken van mindfulness gaat het om acceptatie: de acceptatie van pijn, gedachten, gevoelens, behoeftes, of andere emotionele fenomenen.

Op grond hiervan concludeert Baer (2003) dat mindfulnessstraining een methode is om acceptatievaardigheden te leren.

#### **2.4 Mindfulness en verandering in therapie**

Hayes en Feldman (2004) beschrijven op welke manier mindfulness kan bijdragen aan het veranderingsproces binnen therapie door de verbetering van de emotieregulatie.

##### ***Verbeterde emotieregulatie***

Hayes en Feldman (2004) veronderstellen dat emotieregulatie een essentiële component is van de geestelijke gezondheid, en dat psychopathologie veelal geassocieerd is met problemen in de emotieregulatie. Zij stellen dat een aantal emotieregulatiestrategieën een problematische uitwerking kunnen hebben.

Ten eerste is er de ervaringsvermijding: de vermijding van emoties, gedachten en beelden, herinneringen en fysieke sensaties. Op korte termijn kan dit nuttig zijn, maar deze strategie is problematisch als deze wordt volgehouden wanneer dit niet meer nuttig is.

Ervaringsvermijding kan bestaan uit ontkenning, onderdrukking, verdringing, middelenmisbruik, automutilatie, dissociatie en zelfs parasuïcidaal gedrag. Een ander probleem bij emotieregulatie is het gepreoccupeerd raken met emoties. Dit kan zich uiten in piekeren, zich zorgen maken, obsessies, aanhoudende

verlangens, sterke behoeftes en compulsief gedrag. Ook kan men gevangen worden in de behoefte aan positieve ervaringen zoals de 'highs' geassocieerd met avontuur, risico, uitdaging en succes.

In verscheidene onderzoeken is aangetoond dat vermijding van en overbetrokkenheid met emoties geassocieerd zijn met psychische- en gezondheidsproblemen (Hayes & Feldman, 2004).

Hayes en Feldman (2004) stellen dat mindfulnesstraining een goede methode is om met destructieve emoties te leren omgaan omdat de emotieregulatie erdoor wordt verbeterd. Door mindfulnessmeditatie vindt er exposure aan en acceptatie van emoties plaats. Ook wordt er een gedecentreerde relatie met interne en externe ervaringen opgebouwd. Hierdoor neemt de emotionele reactiviteit af en keert men vanuit heftige emoties gemakkelijker terug naar een basaler niveau. Hayes en Feldman (2004) stellen dat deze voordelen de tegenhangers zijn van de nadelen van vermijding en overbetrokkenheid.

Bishop et al (2004) voorspellen op basis van hun twee-componentenmodel dat mindfulnesstraining leidt tot de afname van vermijding door middel van cognitieve en gedragsmatige strategieën. Hayes en Feldman vonden steun voor deze hypothese op basis van de bevinding uit hun onderzoek dat mindfulness-scores negatief gecorreleerd zijn met lagere ervaringsvermijding. Ook was mindfulness geassocieerd met meer helderheid van gevoelens en het vermogen om een negatieve stemming te herstellen.

Bovendien werd gevonden dat mindfulness gerelateerd is aan het willen begrijpen van de oorzaken van problemen, zonder verstrikt te raken in het probleem zelf. Tot slot vonden ze dat mindfulness correleert met minder depressie en angst, en een hoger welbevinden.

Hayes en Feldman (2004) benadrukken dat mindfulness nuttig kan zijn bij zowel de stabiliserende en destabiliserende aspecten van verandering in psychotherapie. Zij benadrukken dat mindfulness in de eerste fase van een therapie kan bijdragen aan de stabilisatie van de toestand van de cliënt, doordat onder andere wordt geleerd om de aandacht te reguleren en emoties niet veroordelend te observeren. Hierdoor neemt de overidentificatie met en vermijding van emoties af. De cliënt bouwt hierdoor veerkracht op. Dan volgt de destabiliserende fase. Als mensen het vermijden van of het verstrikt raken in emoties leren op te geven, vindt de confrontatie plaats met het datgene dat hen gevangen hield in deze cyclus. Mindfulness kan helpen om deze pijnlijke emoties te onderzoeken zonder hierin verstrikt te raken. Door exposure kunnen destructieve emoties veranderd worden. Op deze manier leidt mindfulness dus tot een betere emotieregulatie.

Samengevat treedt er bij mindfulness een aantal processen op. Deze processen zijn beschreven in het twee-componenten model van Bishop. De eerste component is de zelfregulatie van aandacht. Deze zelfregulatie bestaat uit het switchen van aandacht, volgehouden aandacht en de inhibitie van secundaire gedachten, gevoelens en sensaties. De tweede component is de houding ten aanzien van ervaringen. Deze houding kenmerkt zich door nieuwsgierigheid naar en acceptatie van alle aspecten van de ervaring. Door deze houding ontstaat een onderzoekend bewustzijn, waardoor uiteindelijk de cognitieve flexibiliteit toeneemt. De processen die optreden bij mindfulness lijken te zorgen voor gedragsverandering en symptoomreductie. Er is een aantal werkingsmechanismen beschreven die de effecten van mindfulness kunnen

verklaren. Deze zijn exposure, cognitieve verandering, een verhoogde zelfmanagement. Daarnaast is beschreven hoe mindfulness kan leiden tot een verbeterde emotieregulatie en hierdoor verandering in therapie kan bewerkstelligen. Door deze mechanismen en gevolgen van mindfulness lijkt mindfulness heilzaam te zijn voor een breed bereik van het functioneren. Zo zijn er op mindfulness gebaseerde behandelingen die gericht zijn op chronische pijn- en stressklachten, angststoornissen, het voorkomen van terugval van depressie, borderline persoonlijkheidsstoornis en schizofrenie. In de volgende paragrafen worden de Mindfulness-Based-Stress-Reduction en de Mindfulness-Based-Cognitive-Therapy beschreven.

### **3. Mindfulness-Based-Stress-Reduction: kernprincipes en effectiviteit**

#### ***3.1 Kernprincipes van MBSR***

De meest verspreide methode voor het trainen van mindfulness is die van de Mindfulness-Based-Stress-Reduction, die in 1979 ontworpen is door Kabat-Zinn. De behandeling is bestemd voor mensen met chronische pijn- en stressgerelateerde stoornissen. Het doel van de behandeling is om mensen met deze klachten te leren hoe ze hun gezondheid en kwaliteit van leven kunnen verbeteren. Er zijn inmiddels meer dan 200 MBSR programma's in de Verenigde Staten, waarvan de meeste in ziekenhuizen worden gegeven (Baer, 2003). Het programma bestaat uit een 8 tot 10-weekse cursus voor groepen tot 30 deelnemers met wekelijkse sessies van 2- tot 2,5 uur. In de zesde week wordt er een intensieve mindfulness-sessie gehouden die 7- à 8 uur duurt (Baer, 2003).

Het programma vraagt een grote betrokkenheid van de deelnemers. De huiswerkoefeningen vormen dan ook een belangrijk onderdeel.

De deelnemers krijgen om te beginnen een intensieve training in aandachtsmeditatie. In de eerste sessie wordt aandacht besteed aan 'de automatische piloot' ter verduidelijking van het feit dat veel mensen van alles doen zonder zich daar bewust van te zijn, bijvoorbeeld eten. Ook krijgen mensen een 'bodyscan'-oefening. Dit is een 45 minuten durende oefening waarbij de aandacht opzettelijk naar vele delen van het lichaam wordt geleid terwijl de persoon ligt met de ogen gesloten. De lichaamssensaties in de verschillende gebieden worden nauwkeurig geobserveerd, zonder dat er geprobeerd wordt iets te veranderen. De cursus bouwt voort op de eerste ervaring met de bodyscan. In latere sessies komen meditatie gericht op ademhaling, lijf, beelden en geluiden aan de orde. Er wordt veel aandacht besteed aan fysieke gewaarwordingen. Via rek- en strekoefeningen worden verschillende aspecten van gevoelens die fysiek tot uiting komen onderzocht. Ook wordt de psychofysiologie van stress en emoties onderwezen (Baer, 2003; Segal et al, 2004).

Daarnaast wordt er gediscussieerd over de mindfulnessoefeningen, de ervaringen van de deelnemers en het huiswerk. Er moet zes dagen per week 45 minuten worden geoefend. In de eerste weken worden de meditatie thuis geoefend met behulp van een cd met gesproken instructies. Later worden de deelnemers aangemoedigd om zonder cd te oefenen. Bij alle oefeningen wordt geprobeerd om de aandacht gericht te houden op de focus zoals is beschreven in de vorige paragraaf. Alle emoties, sensaties en cognities die opkomen worden niet-veroordelend geobserveerd. Deelnemers worden geïnstrueerd

om hun gedachten en gevoelens op te merken zonder erin verstrikt te raken. De oefeningen breiden zich ook uit tot activiteiten zoals lopen en eten. Hierdoor wordt geleerd om een staat van mindfulness te creëren in het dagelijks leven (Kabat-Zinn, 1990). In de volgende subparagraaf worden onderzoeken naar de effectiviteit van de MBSR beschreven.

### **3.2 Effectiviteit van MBSR**

Er is al veel onderzoek gedaan naar de effecten van MBSR op vele aspecten van het psychisch en lichamelijk functioneren. In deze scriptie wordt gekeken naar de toegevoegde waarde van mindfulness voor psychotherapie. Daarom worden alleen onderzoeken die relevant zijn binnen deze context, beschreven. Ten eerste zullen twee onderzoeken naar stressreductie bij niet-klinische populaties worden beschreven. De onderzoeken zijn van Shapiro, Schwartz en Bonner (1998), dat zich richt op de effecten van MBSR op verschillende aspecten van stress bij medische studenten en het onderzoek van Chang et al. (2004) die de effecten van MBSR op stress en positieve 'states of mind' beschrijven. Deze en andere onderzoeken zijn samengevat in Tabel 1

**Tabel 1.** Studies naar de effecten van MBSR en MBCT op het psychologisch functioneren (angst, welzijn, depressieve symptomen en terugval).

Studie	N	Populatie	Onderzoeks- design	Behandel- groep	Metingen	Resultaten	Beperkingen
Shapiro et al. (1998)	73	Geneeskunde- studenten (non-klinisch)	RCT; MBSR vs. wachttijst	MBSR	SCL-90-R, State-Trait Anxiety Inventory, Empathy Construct Rating Scale	Significant grotere afname van depressie en angst en een significante grotere toename van empathie bij MBSR vergeleken met de wachttijst controleconditie. Significante afname van depressie en angst en een significante toename van empathie na het volgen van MBSR in de controleconditie.	Generalisatie naar klinische populatie is twijfelachtig.
Chang et al. (2004)	28	Vrijwillige deelnemers (non-klinisch)	Pre- /posttest	MBSR	Positive states of mind (PSOM), Perceives stress scale (PSS), Mindfulness self-efficacy (MSE)	Significante verhoging van 'positive states of mind', significante vermindering van het stressniveau en significante verhoging in niet-veroordelend bewustzijn.	Geen RCT. Generalisatie twijfelachtig. Grote uitval.

**Tabel 1.** Studies naar de effecten van MBSR en MBCT op het psychologisch functioneren (angst, welzijn, depressieve symptomen en terugval).

Studie	N	Populatie	Onderzoeks design	Behandelgroep	Metingen	Resultaten	Beperkingen
Miller et al. (1995)	18	Gegeneraliseerde angststoornis en medische diagnose	3-jarige follow-up, (studie-cohort)	MBSR	Hamilton Rating Scales (anxiety and depression) Fear Survey Schedule Mobility Inventory for Agoraphobia	Studiecohort: posttest significante afname van angst, paniekaanvallen en depressie vergeleken met de pretest. Drie jaar later behoud of vergroting van het effect.	Geen controle-groep.
	39	Gegeneraliseerde angststoornis	3- jarige follow-up, (non-studie cohort)		SCL-90	Non-studiecohort: significante afname van angst en depressie, gehandhaafd bij follow-up.	Geen controlegroep
Sagula et al. (2004)	57	Chronische pijnstoornis	RCT, MBSR vs wachtlijst	MBSR	Response to Loss Scale (RTL) Beck Depression Inventory (BDI) The State-Trait Anxiety Inventory (STAI)	Behandelgroep: Significant groter effect op de RTL, BDI en state anxiety; sneller doorlopen van de eerste fasen van het rouwproces.	Grote uitval. Minder gemediteerd dan vereist.
Ramet et al. (2004)	34	Life-time stemmingsstoornis	RCT, MBSR vs wachtlijst	MBSR	DSM-IV (SCID), Dysfunctional Attitudes Scale (DAS), Response	Behandelgroep: significante grotere afname van piekeren. Significante verminderingen van affectieve symptomen	Minder gemediteerd dan vereist. Kleine steekproef.

**Tabel 1.** Studies naar de effecten van MBSR en MBCT op het psychologisch functioneren (angst, welzijn, depressieve symptomen en terugval).

Teasdale et al. (2000)	132	Majeure depressieve stoornis, = 2 depressieve episodes in verleden, Recentelijk hersteld van laatste episode	RCT, na 52 weken volgende op 8-weekse MBCT MBCT vs wachttijst	MBCT	Style Questionnaire (RSQ) DSM-IV (SCID) Hamilton Rating Depression for Depression Beck Depression Inventory (BDI)	pre-/posttest bij de behandelgroep. Terugvalkans bij patiënten met = 3 eerdere depressieve episodes gehalveerd bij MBCT vergeleken met de controlegroep. Patiënten met 2 eerdere episodes: geen verminderde terugvalkans in de behandelgroep vergeleken met de controlegroep. Terugvalkans bij patiënten met = 3 eerdere depressieve episodes gehalveerd bij MBCT vergeleken met de controlegroep. Patiënten met 2 eerdere episodes: geen verminderde terugvalkans. Terugval bij patiënten met 2 episodes uitgelokt door ingrijpende gebeurtenissen; terugval bij patiënten met = 3 eerdere episodes niet uitgelokt door ingrijpende gebeurtenissen.	Goed opgezet onderzoek.
Ma et al. (2004)	75	Majeure depressieve stoornis, = 2 depressieve episodes in verleden, Recentelijk hersteld van laatste episode	RCT, na 52 weken volgende op 8-weekse MBCT MBCT vs wachttijst	MBCT	DSM-IV (SCID) Hamilton Rating Depression for Depression Beck Depression Inventory (BDI Measure of Parenting Style (MOPS) Life Events	pre-/posttest bij de behandelgroep. Terugvalkans bij patiënten met = 3 eerdere depressieve episodes gehalveerd bij MBCT vergeleken met de controlegroep. Patiënten met 2 eerdere episodes: geen verminderde terugvalkans. Terugval bij patiënten met 2 episodes uitgelokt door ingrijpende gebeurtenissen; terugval bij patiënten met = 3 eerdere episodes niet uitgelokt door ingrijpende gebeurtenissen.	Goed opgezet onderzoek.

Vervolgens worden onderzoeken naar de effecten van MBSR bij klinische populaties beschreven. Ten eerste zal het onderzoek van Ramel, Goldin, Carmona en McQuaid (2004) naar de effecten van MBSR op cognitieve processen (piekeren en disfunctionele attitudes) en affect bij patiënten met een geschiedenis van depressie aan bod komen. Dan wordt een follow-up studie (Miller, Fletcher, & Kabat-Zinn, 1995) naar de effecten van MBSR als behandeling van patiënten met angststoornissen beschreven. Ten slotte wordt het onderzoek van Sagula en Rice (2004) naar de effectiviteit van MBSR op het rouwproces en emotioneel welzijn van chronische pijnpatiënten beschreven.

#### *1. Studies bij niet-klinische populaties*

Shapiro et al. (1998) deden een onderzoek naar de effecten van MBSR bij geneeskunde studenten op verschillende aspecten van het psychisch functioneren en het welzijn. Het onderzoek was een RCT bij geneeskundestudenten (n=73), waarbij de proefpersonen werden verdeeld in twee condities: MBSR-conditie (n=39) en een controleconditie (wachtlijstgroep; n=34). Het effect van MBSR op verschillende aspecten van het psychologisch functioneren werd gemeten (pre- en posttest) en vergeleken met de controleconditie. De volgende vragenlijsten werden gebruikt: De Symptom Checklist (SCL-90), de Spielberger Trait Anxiety Inventory (STAI-1), de Empathy Construct Rating Scale, en de INSPIRIT. De MBSR bleek te leiden tot een significante afname van psychische symptomen (als angst en depressieve symptomen), een significante afname van de state en trait anxiety, een toename van empathie en luistervaardigheden en ten slotte een significante toename van spirituele

ervaring vergeleken met de controleconditie. Ook bij de deelnemers aan de controleconditie werd na het volgen MBSR een significante afname van psychische symptomen, een significante afname van state anxiety en een significante toename van empathie gevonden in vergelijking met de pretest. Bovendien werd gevonden dat het effect van de cursus groter is naarmate de betrokkenheid en mate van mindfulness-beoefening groter is. MBSR leidde dus bij deze niet-klinische populatie op verschillende aspecten van het psychologisch functioneren tot verbeteringen. Een nadeel van de studie is dat lange termijn effecten niet zijn onderzocht. Daarnaast is het moeilijk om de resultaten van deze populatie, die vrijwillig deelnam aan het onderzoek, te generaliseren naar de gehele groep geneeskundestudenten. Ze zijn zeker niet te generaliseren naar een klinische populatie. Desalniettemin biedt dit onderzoek aangrijpingspunten voor vervolgonderzoek bij een klinische populatie. Zo kan het resultaat, dat het empathisch vermogen vergroot is na het volgen van de MBSR, relevant zijn voor interventies die bijvoorbeeld gericht zijn op het verbeteren van de sociale vaardigheden, iets dat bij vele vormen van psychopathologie een rol speelt.

Chang et al. (2004) onderzochten de effecten van MBSR op de ervaring van verschillende positieve 'states of mind', stressniveau en op het niet-veroordelend bewustzijn. Dit werd gemeten met behulp verschillende vragenlijsten, respectievelijk de Positive States of Mind (PSOM), de Perceived Stress Scale en de Mindfulness Self-Efficacy (MSE). Uit de resultaten blijkt dat de MBSR leidt tot een significante verhoging van 'positive states of mind', een significante vermindering van het stressniveau en een significante verhoging in niet-veroordelend bewustzijn vergeleken met baselinescores. Er kleeft een aantal

beperkingen aan deze studie. Ten eerste was er geen controlegroep, waardoor de effecten mogelijk toegeschreven kunnen worden aan specifieke factoren of placebo-effecten. Ook was de steekproef klein (n = 28) en homogeen (blank, hoogopgeleid) waardoor de mogelijkheid van generalisatie van de resultaten twijfelachtig is. Ook was er een grote uitval. Van de 43 deelnemers hebben slechts 28 mensen de cursus volledig doorlopen. De voornaamste reden voor uitval was dat de cursus teveel tijd in beslag nam. Ook zijn er geen follow-up resultaten bekend. Hierdoor is niet bekend of de effecten duurzaam zijn.

Samengevat laten deze onderzoeken, ondanks de methodologische beperkingen, zien dat Mindfulness-Based Stress Reduction leidt tot verschillende verbeteringen in het psychologisch functioneren bij niet-klinische populaties, zoals een afname van angst en depressieve symptomen, vermindering van het stressniveau en meer positieve 'states of mind'.

## *2. Studies bij klinische populaties*

Ramel et al. (2004) hebben een onderzoek gedaan naar de effecten van de MBSR op affectieve symptomen (zoals angst en depressie), disfunctionele attitudes en piekeren bij patiënten met stemmingsstoornissen. Zij stellen dat disfunctionele attitudes en piekeren de kwetsbaarheid voor het krijgen van een depressie verhogen. De auteurs gaan ervan uit dat disfunctionele attitudes betrekking hebben op de denkinhoud, terwijl piekeren betrekking heeft op de manier waarop iemand zich verhoudt tot de denkinhouden.

Piekeren wordt in het artikel gedefinieerd als passieve aandacht voor een negatieve emotionele toestand zoals de

symptomen van depressie, en het herhaaldelijk denken aan de oorzaken, betekenissen en consequenties van die toestand. Mensen die piekeren denken dat het piekeren helpt bij het oplossen van problemen terwijl het tegendeel het geval is. Volgens het eerder beschreven twee-componenten model vermindert mindfulness secundaire gedachten, gevoelens en sensaties, dat wil zeggen: piekeren. Derhalve verwachtten de onderzoekers dat mindfulness meditatie leidt tot een vermindering van piekeren. Ook verwachtten zij een afname van disfunctionele attitudes en affectieve symptomen, ten gevolge van de vermindering van het piekeren. Piekeren werd gemeten aan de hand van de Response Style Questionnaire (RSQ), affectieve symptomen werden gemeten door de Beck Depression Inventory (BDI) en de Spielberger Trait Anxiety Inventory (STAI).

De experimentele groep bestond uit 23 deelnemers en een (wachtlijst-) controlegroep uit 11 deelnemers. Alle 34 deelnemers voldeden aan de diagnostische criteria voor een lifetime stemmingsstoornis volgens de DSM. Daarnaast voldeden 17 deelnemers aan de lifetime criteria voor een of meerdere angststoornissen. Verder hadden 9 deelnemers ten tijde van het onderzoek een majeure depressie, 4 een paniekstoornis, 3 een sociale fobie, 3 een specifieke fobie, 1 een obsessief-compulsieve stoornis, 1 een posttraumatische-stressstoornis en 3 een gegeneraliseerde angststoornis, aan de hand van DSM-criteria. Er bestonden geen significante verschillen tussen de twee condities. De deelnemers lieten een significante afname zien van depressieve symptomen, angst, disfunctionele attitudes en piekeren bij de nameting vergeleken met de voormeting. Daarnaast was er een significante vermindering van piekeren bij de experimentele groep vergeleken met de controlegroep. De hypothese dat MBSR leidt tot

vermindering van piekeren werd ondersteund. Er bleken echter geen significante verschillen te zijn in affectieve symptomen en disfunctionele attitudes tussen de experimentele en controlegroep.

Een belangrijke bevinding was ook dat de afname in piekeren afhankelijk was van het aantal uren dat men thuis had besteed aan de mindfulness meditatie. Degenen die aangaven veel thuis geoefend te hebben, vertoonden de grootste afname in piekeren.

Een belangrijke kanttekening bij deze studie is dat de deelnemers, ondanks de instructie om 30-45 minuten per dag te besteden aan mindfulness-meditatie, aangaven gemiddeld slechts 1,4 uur per week te mediteren (gemiddeld 20 minuten per dag). Hierdoor is het effect mogelijk minder groot dan het geval zou zijn als de deelnemers de instructies volledig hadden opgevolgd. Onduidelijk is waarom de deelnemers zo weinig tijd besteedden aan huiswerk. Een mogelijke verklaring zou zijn dat MBSR voor mensen met tamelijk ernstige psychopathologie te belastend is. Vervolgonderzoek naar de indicaties en contra-indicaties kan mogelijk tot meer duidelijkheid leiden op dit punt.

Ondanks deze bezwaren is duidelijk aangetoond dat mindfulness-training leidt tot een afname van piekeren en dat deze ook afhankelijk is van de tijd besteed aan mindfulness-meditatie. Dit biedt perspectieven voor de behandeling van piekeren, een vooralsnog hardnekkig en moeilijk te behandelen gedrag met negatieve consequenties.

Miller et al. (1995) hebben een driejarige follow-up studie gedaan bij 18 patiënten naar de lange-termijn effecten van MBSR bij de behandeling van gegeneraliseerde angststoornis en paniekstoornis met en zonder agorafobie.

De deelnemers waren vanwege somatisch lijden doorverwezen naar de MBSR. Diagnoses waren onder andere: hypertensie, kanker, chronische pijn en vaatlijden. Naast deze medische diagnose voldeden alle deelnemers aan de criteria voor gegeneraliseerde angststoornis en paniekstoornis met en zonder agorafobie.

Symptomen van angst, depressie en paniek werden gemeten met behulp van de Hamilton Rating Scale for Anxiety, de Hamilton Rating for Depression, Beck Anxiety Inventory, Beck Depression Inventory, Fear Survey Schedule, Mobility Inventory for Agoraphobia, deHamilton panic score, Hamilton number of panic attacks en Hamilton severity of panic attacks. De metingen vonden plaats op drie meetmomenten: vóór de behandeling, na de behandeling en na drie jaar. Om de resultaten te ondersteunen vond bij een andere groep, bestaande uit 39 MBSR-deelnemers die ook voldeden aan de criteria voor gegeneraliseerde angststoornis, een meting plaats op dezelfde meetmomenten, waarbij angst en depressieve symptomen werden gemeten door de SCL-90. Deze groep wordt aangeduid als het non-studie-cohort.

Het studiecohort rapporteerde na voltooiing van de MBSR grote afnames op alle schalen van angst, paniekaanvallen en depressie vergeleken met voor de MBSR. Op alle schalen werden significante verschillen gevonden tussen pre- en posttest. Deze afname is drie jaar later hetzelfde gebleven of groter geworden, waarbij er geen significante verschillen waren tussen de scores van de posttest en de driejarige follow-up. Deze studie laat dus zien dat deelname aan de MBSR leidt tot een duurzame afname van angst- en depressieve klachten. Terwijl de angststoornis vóór deelname aan MBSR gemiddeld 6,5 jaar bestond. De meerderheid maakte bij follow-up nog steeds gebruik van meditatietechnieken en 14 van de 18 deelnemers hebben

geen andere psychologische behandeling meer gehad. Bij het non-studiecohort was ook een significante afname te zien in angst en depressieve symptomen bij de posttest vergeleken met de pretest. Deze bleef eveneens gehandhaafd bij follow-up. Deze resultaten duiden erop dat MBSR een passende behandeling is voor angststoornissen als gegeneraliseerde angststoornis en paniekstoornis met en zonder agorafobie.

Er zijn echter wel enkele beperkingen bij deze studie. Ten eerste is er niet gebruik gemaakt van een controlegroep waardoor het geen RCT is. Hierdoor kan de effectiviteit van MBSR niet worden aangetoond. Daarnaast is de steekproef te klein, waardoor generalisatie niet mogelijk is. Verder hebben de deelnemers allen een somatische aandoening naast de gegeneraliseerde angststoornis en is het onduidelijk wat de relatie is tussen deze twee.

Vervolgonderzoek zal de rol van MBSR bij de afname van angstklachten verder kunnen verduidelijken door bijvoorbeeld de effectiviteit van MBSR te onderzoeken bij mensen met een angststoornis zonder andere (lichamelijke) aandoeningen. Desalniettemin lijkt MBSR een veelbelovende interventie voor angststoornissen. Dit is mogelijk met name interessant voor de gegeneraliseerde angststoornis die voornamelijk vrij lastig te behandelen is. Zo blijkt dat cognitieve gedragstherapie bij 50% van de mensen die leiden aan een gegeneraliseerde angststoornis geen effect heeft (Borkovec, 2002). Roemer en Orsillo (2002) pleitten voor de ontwikkeling van een nieuwe behandeling voor de gegeneraliseerde angststoornis die gebruik maakt van mindfulness-interventies.

Bij vele soorten psychopathologie speelt de reactie op de emotionele pijn als gevolg van verliezen die men heeft

geleden een belangrijke rol in de problemen. In de psychotherapie is het belangrijk om cliënten vaardigheden te leren waarmee zij op effectievere wijzen met hun emotionele pijn kunnen omgaan. Hedendaagse westerse psychotherapeutische interventies zijn veelal gericht op het oplossen van psychische problemen. Mindfulness richt zich meer op acceptatie en is daarom mogelijk een goede aanvulling op de huidige interventies om effectiever met verlies te leren omgaan. Sagula en Rice (2004) hebben een onderzoek gedaan naar de effecten van MBSR op het rouwproces en emotioneel welzijn bij chronische pijnpatiënten. Volgens de auteurs is er sprake van een rouwproces omdat chronische pijnpatiënten veelal hun baan, relaties en hobby's verliezen ten gevolge van hun pijnklachten. Chronische pijn is aldus geassocieerd met persoonlijke verliezen en rouw (Sagula & Rice, 2004). Zij onderzochten de effecten van MBSR op het rouwproces bij 57 patiënten, waarvan 39 in de experimentele groep en 18 in de controlegroep (wachtlijstconditie). Zij gebruikten hiervoor een vragenlijst, de Response to Loss Scale (RTL), die de eerste en laatste fasen van het rouwproces meet aan de hand van twee subschalen. De eerste subschaal meet het bewustzijn van wat men heeft verloren, hetgeen past bij de eerste fase. De tweede subschaal meet 'groei', het besef van de nieuwe mogelijkheden na integratie van het verlies, wat kenmerkend is voor de laatste fase van het rouwproces. Daarnaast werden angst en depressieve symptomen gemeten met de Beck Depression Inventory en de The State-Trait Anxiety Inventory. Er werd een pre- en posttest gedaan.

Naast de significante verbetering in depressieve symptomen en state anxiety bij de behandelgroep ten opzichte van de controlegroep, werd er ook een significant verschil gevonden tussen de behandelgroep en

de controlegroep in de scores op de subschaal die de eerste fase van het rouwproces meet. Dat wil zeggen dat MBSR leidt tot een versnelde verwerking van de eerste fase van het rouwproces in vergelijking met de controlegroep. De verklaring voor het effect van de mindfulness-meditatie is dat deze leidt tot een volledig rouwproces vanwege de niet-veroordelende observatie van het emotionele en cognitieve materiaal. Dit zorgt voor een vermindering van verdedigingsmechanismen zoals rationalisatie of ontkenning.

Doordat het bewustzijn van wat men heeft verloren wordt vergroot door mindfulness-meditatie, wordt ook de emotionele impact van het verlies beter waargenomen, wat in de eerste sessies tot een verheving van emoties kan leiden. Het onderzoek kende een grote uitval (slechts 39 van de 53 deelnemers hebben de MBSR afgerond). Als verklaring hiervoor wordt gegeven dat juist het vergrote bewustzijn van het verlies leidde tot overspoeling door emoties, bijvoorbeeld angst. De onderzoekers stellen dat deelname aan een MBSR-programma in de vroegste fase van het rouwproces daarom niet moet worden aangeraden. Na het doorlopen van de beginfase van het rouwproces, kan mindfulness-meditatie echter bijdragen tot een versnelling van het rouwproces.

Er werd verwacht dat de afname op de eerste subschaal zou samenhangen met een toename in de tweede subschaal. Deze toename werd echter niet gevonden. Een mogelijke verklaring hiervoor zou zijn dat het rouwproces niet lineair verloopt. De eerste fasen kunnen zo hevig en pijnlijk zijn dat het lang kan duren voordat 'groei' kan worden bereikt. Op de lange termijn zou dit echter wel gebeuren. Toekomstige follow-up- studies waarbij de lange-termijn effecten worden onderzocht, zouden dit kunnen uitwijzen (Sagula & Rice, 2004).

De studie heeft enkele methodologische beperkingen. Ten eerste is de steekproef klein, waardoor generalisatie niet mogelijk lijkt. Ook waren de deelnemers niet gerandomiseerd toegewezen aan de controlegroep. Hoewel er geen significante verschillen bestonden in sekse en pretest-metingen tussen de experimentele en controleconditie, zouden de condities verschillend kunnen zijn op grond van andere, niet gemeten variabelen. Bovendien werd men geïnstrueerd om 20 minuten per dag te mediteren terwijl de 'officiële' instructies zijn dat er zes dagen per week 45 minuten per dag wordt geoefend. De vraag is in hoeverre dit de gevonden effecten nadelig beïnvloedt.

Deze studies geven aan dat MBSR nuttig kan zijn als interventie bij psychische problemen. In de eerste plaats blijkt MBSR geschikt als duurzame interventie bij gegeneraliseerde angststoornis en paniekstoornis met en zonder agorafobie (Miller et al., 1995). Bovendien heeft MBSR een algemeen angstverlagend effect, op zowel de korte als de lange termijn bij zowel klinische als niet-klinische populaties (Miller et al., 1995; Ramel et al., 2004; Sagula & Rice, 2004; Shapiro et al., 1998). Verder leidt deelname aan MBSR tot een afname van piekeren (Ramel et al. 2004). Deze bevindingen kunnen belangrijke implicaties hebben voor de psychotherapie. MBSR lijkt met name een toegevoegde waarde te hebben bij de behandeling van gegeneraliseerde angststoornis. Juist de centrale kenmerken van deze stoornis, piekeren en gegeneraliseerde angst, lijken te verminderen na deelname aan MBSR. Dit is des te belangrijker omdat er beperkte evidentie is voor andere behandelingen van deze stoornis. In de tweede plaats lijkt MBSR ook effectief te zijn bij de behandeling van stemmingsstoornissen. MBSR leidt tot

duurzame afname van depressieve symptomen (Miller et al., 1995; Ramel et al., 2004; Sagula & Rice, 2004;). Ook studies bij niet-klinische populaties laten een verbetering zien in depressieve symptomatologie (Chang et al., 2004, Shapiro et al., 1998) en een verhoging van positieve 'states of mind' (Chang et al., 2004). Bovendien blijkt uit de studie van Sagula en Rice (2004) dat MBSR van belang kan zijn bij rouwverwerking, een thema dat vaak een rol speelt bij psychopathologie. Het gaat dan met name om het opheffen van verdedigingsmechanismen als ontkenning en rationalisatie en het leren accepteren van de huidige situatie. Naast de methodologische tekortkomingen die al zijn genoemd, zijn er ook enkele beperkingen die gelden voor alle genoemde studies. Zo is er een aanzienlijke discrepantie tussen de instructies over de tijd die men aan huiswerk dient te besteden en de werkelijk bestede tijd. Aangezien het effect van mindfulness-meditatie afhankelijk is van het doen van de meditatie-oefeningen, is het van groot belang na te gaan hoeveel tijd men optimaal dient te besteden om een voldoende effect te bewerkstelligen. Daarnaast zou vervolgonderzoek nuttig kunnen zijn naar de redenen van het niet-opvolgen van de instructies. Zoals in de studie van Sagula en Rice (2004) naar voren kwam, kunnen er contra-indicaties zijn voor deelname aan MBSR. Het is van groot belang om hier onderzoek naar te doen, om te bepalen voor wie deze training geschikt is. Ten slotte zijn alle resultaten verkregen door middel van zelfinvulvragenlijsten. Om een meer compleet en objectief beeld te krijgen zou in verder onderzoek gebruik gemaakt kunnen worden van observatie instrumenten en gedragsmaten.

## **4. Mindfulness-Based Cognitive Therapy: kernprincipes en effectiviteit**

### **4.1 Kernprincipes**

Segal, Williams en Teasdale (2004) hebben een therapie ontwikkeld om terugval bij depressie te voorkomen. Uit onderzoek blijkt dat het aantal doorgemaakte depressieve episodes leidt tot een verhoogde kwetsbaarheid voor een volgende depressie. Dit zou het gevolg zijn van de activering van depressogene gedachten die al bij een licht sombere stemming optreedt. (Segal et al., 2004). De therapie is niet bedoeld om depressie te behandelen, maar om terugval te voorkomen bij mensen die op het moment van deelname aan MBCT in remissie zijn en een verhoogd risico hebben van terugval. Deze therapie is grotendeels gebaseerd op de MBSR maar is uitgebreid met cognitieve therapie. De behandeling vindt groepsgewijs plaats en duurt acht weken. De eerste vier sessies worden besteed aan het leren van vaardigheden om mindfulness te ontwikkelen, zoals de zitmeditatie en de bodyscan. Het doel is om de deelnemers erop opmerkzaam te maken hoe weinig aandacht ze doorgaans besteden aan alledaagse dingen, om ze te leren zich bewust te worden van de neiging om af te dwalen, om de aandacht te leren focussen en ten slotte om zich ervan bewust te worden dat afdwalen ruimte schept voor negatieve gedachten en gevoelens. In de laatste vier sessies richt de behandeling zich op stemmingswisselingen.

Een belangrijk onderdeel van de training is 'de ademruimte'. Hierbij wordt er in drie minuten ruimte gemaakt voor de ervaring van dat moment. Deelnemers gaan bij zichzelf na wat de gedachten, gevoelens en sensaties van dat moment zijn en geven daar vervolgens aandacht aan. Daarna richten ze een of twee minuten de aandacht op

hun ademhaling en breiden die vervolgens uit naar hun hele lichaam. Deze ademruimte biedt de mogelijkheid het reflexmatig reageren te verminderen en keuzemogelijkheden te scheppen voor andere reactiewijzen. Ook worden de deelnemers ertoe gestimuleerd om hun eigen 'unieke' alarmsignalen voor een naderende depressie te herkennen en daarvoor specifieke actieplannen te ontwikkelen. De ademruimte dient een aantal keer (minimaal drie keer) per dag uitgevoerd te worden.

De kernvaardigheid van de therapie is te leren afstand te nemen van de zichzelf in stand houdende cognitieve gewoonten. De kernprincipes zijn gerichte aandacht en loslaten. Onder loslaten wordt verstaan: het laten varen van de betrokkenheid bij bepaalde cognitieve gewoonten en het zichzelf bevrijden van het vermijdingsgedrag die de denkpatronen aandrijft. Segal et al. (2004) stellen:

"-want juist de herhaalde pogingen om somberheid te ontvluchten of te vermijden, of een prettig gevoel te bereiken, houden de negatieve cycli in stand. Het doel van de training is vrijheid, niet geluk, ontspanning, enzovoort ook al kunnen dat welkome neveneffecten zijn" (p. 84).

Net zoals bij de MBSR wordt er veel van de deelnemers gevraagd. Ze moeten dagelijks een uur huiswerk doen in de vorm van meditatie-oefeningen en andere oefeningen.

#### **4.2 Effectiviteit van MBCT**

Teasdale. Segal, Williams, Ridgeway, Soulsby en Lau (2000) deden het eerste onderzoek naar de effectiviteit van MBCT bij voorheen depressieve mensen. Aan het onderzoek deden 145 patiënten mee die sinds drie maanden hersteld waren van een majeure depressie. De patiënten moesten minstens twee depressies hebben doorgemaakt. Dit werd bepaald aan de hand van de DSM-IV. Van de deelnemers

had 77% drie of meer depressies doorgemaakt. Allen waren met antidepressiva behandeld maar gebruikten minstens drie maanden geen medicatie meer ten tijde van het onderzoek. Alvorens de patiënten willekeurig werden toegewezen aan een experimentele en een controlegroep, vond stratificatie plaats op basis van twee factoren. Deze waren het aantal depressies (twee versus drie of meer) en de duur van de laatste depressieve episode. De controlegroep kreeg 'treatment as usual' (TAU). Zij ontvingen de gebruikelijke zorg, zoals huisartsbezoek of hulpverlening van andere instanties. De experimentele groep onderging de MBCT. De studie vond plaats gedurende 60 weken. Metingen werden gedaan aan de hand van de Beck Depression Inventory en terugval werd vastgesteld aan de hand van het Structured Clinical Interview voor DSM-III-R (SCID). Van de patiënten die drie of meer depressieve episodes hadden doorgemaakt en minimaal de helft van de (vier van de acht) sessies hadden bijgewoond, viel 37% terug tegenover 66% bij de TAU-groep. De MBCT-behandeling verkleinde de terugvalkans van de mensen die drie of meer depressieve episodes hadden doorgemaakt met bijna de helft. Bij de patiënten die slechts twee depressies hadden doorgemaakt was er geen significant verschil in het terugvalpercentage tussen de twee condities.

In een tweede onderzoek naar de effecten van MBCT ter preventie van terugval van depressie (Ma & Teasdale, 2004) werden soortgelijke resultaten gevonden. De studie is op dezelfde manier opgezet als de eerste, met het verschil dat ook de oorzaken van terugval werden onderzocht. De steekproef bestond uit 75 personen. In deze studie werd opnieuw gevonden dat MBCT bij de patiënten met drie of meer depressieve episodes leidde tot halvering van de terugvalkans in vergelijking met de TAU-groep. De terugvalpercentages waren bij de MBCT-groep

36%, tegenover 78% bij de TAU-groep. Bij personen die vier of meer depressieve episodes hadden doorgemaakt was het beschermende effect van MBCT nog groter; 38% van de MBCT-groep viel terug tegenover 100% van de TAU-groep. Patiënten met twee depressieve episodes, hadden geen baat bij de MBCT-behandeling. Er was zelfs sprake van een (niet-significante) stijging van het terugvalpercentage bij de MBCT-groep vergeleken met de TAU-groep. Dit impliceert dat MBCT contra-indicatief lijkt bij patiënten die twee depressies hebben gehad.

Aan iedereen die terugviel, werd gevraagd of het begin van de depressie al dan niet was uitgelokt door een gebeurtenis. Gebeurtenissen werden onderscheiden in ingrijpende en minder ingrijpende gebeurtenissen. Hieruit kwam naar voren dat de terugval bij patiënten met twee depressieve episodes vooral werd uitgelokt door ingrijpende gebeurtenissen terwijl er bij patiënten met drie of meer depressieve episodes veelal sprake van het ontbreken van een gebeurtenis dan wel van het optreden van minder ingrijpende gebeurtenissen.

Daarnaast bleek dat de eerste depressieve episode in de groep met twee depressieve episodes op latere leeftijd had plaatsgevonden dan in de groep met drie of meer depressies. Ook rapporteerden patiënten met drie of meer depressies meer negatieve jeugdervaringen, zoals misbruik, dan patiënten met twee depressies.

Deze bevindingen impliceren dat patiënten met twee depressieve episodes mogelijk tot een andere populatie behoren dan patiënten met drie of meer depressieve episodes. Bij de laatste groep lijken depressies veroorzaakt te worden door autonome processen, waarbij depressieve denkpatronen worden geactiveerd door een sombere stemming, terwijl bij de eerste groep sprake is van ingrijpende gebeurtenissen. MBCT richt zich in het

bijzonder op het leren herkennen en doorbreken van negatieve denkpatronen. Dit zou dus verklaren waarom MBCT beter werkt bij patiënten met drie of meer depressies, aangezien deze veelal worden veroorzaakt door deze denkpatronen. Het MBCT- programma richt zich niet op probleemoplossende vaardigheden gerelateerd aan het omgaan met ingrijpende gebeurtenissen. Dit zou kunnen verklaren waarom MBCT geen effect heeft bij depressies tengevolge van ingrijpende gebeurtenissen (twee depressies).

Replicatieonderzoek naar dit mogelijke onderscheid in depressies is wenselijk.

De conclusie is dat MBCT uitermate geschikt lijkt te zijn als terugvalpreventie bij depressies die worden veroorzaakt door autonome, negatieve denkprocessen.

## **5. Conclusie**

In deze scriptie staat de vraag centraal wat de toegevoegde waarde is van mindfulness als onderdeel van de psychotherapie. Om hier een antwoord op te geven zijn allereerst de veronderstelde verklarende mechanismen beschreven voor het effect van mindfulness. Vervolgens zijn de twee voornaamste behandelingen waarin mindfulness centraal staat besproken. Tot slot worden de effecten van deze behandelingen op het psychisch functioneren beschreven. De belangrijkste bevindingen uit de literatuur die in deze context van belang zijn zullen hieronder beknopt worden weergegeven.

Ten eerste is het twee-componentenmodel van Bishop beschreven. De eerste component is de zelfregulatie van aandacht en de tweede component is de houding ten opzichte van de ervaring.

Deze kwaliteiten van mindfulness zetten een aantal mechanismen in gang, die de effecten kunnen verklaren. Zo wordt gedacht dat de werking van mindfulness gebaseerd is op exposure, op cognitieve verandering, relaxatie, acceptatie, en op zelfmanagement (Baer, 2003). Daarnaast verbetert mindfulness de emotieregulatie (Hayes & Feldman, 2004).

Deze mechanismen zijn vooral gepostuleerd op basis van de effectstudies naar MBSR en MBCT. Er zijn dus nog geen empirische studies naar die deze verklarende mechanismen kunnen onderbouwen. Vervolgonderzoek naar deze mechanismen is wenselijk. Op basis van het twee-componenten model van Bishop kunnen experimenten worden ontwikkeld waarmee alternatieve werkingsmechanismen kunnen worden getoetst. Ook dienen instrumenten te worden ontwikkeld om de gepostuleerde werkingsprocessen te meten. Vervolgonderzoek ter afbakening van constructen en effectieve ingrediënten is ook nodig om overzicht te houden, om een wildgroei aan 'nieuwe interventies' met onduidelijke werkingsmechanismen te voorkomen. Zo is het van belang dat er vervolgonderzoek komt naar de effectieve bestanddelen van de Dialectische Gedragstherapie en de Acceptance and Commitment Therapy omdat deze behandelingen ook gebruik maken van mindfulness.

Daarnaast zijn er in deze scriptie een aantal suggesties gedaan voor vervolgonderzoek naar de effecten van mindfulness. Deze zullen hier kort worden genoemd. Ten eerste zou het effect van mindfulness op het empathisch vermogen bij een klinische populatie onderzocht kunnen worden, om meer inzicht te krijgen in het potentieel van mindfulness om de sociale vaardigheden te verbeteren. Ten

tweede is vervolgonderzoek wenselijk naar de indicaties en contra-indicaties van mindfulness.

Ten derde zou de effectiviteit van MBSR onderzocht kunnen worden bij mensen met een primaire angststoornis, om de rol van MBSR in de afname van angstklachten verder te verduidelijken. Ten vierde zijn follow-up- studies waarbij de lange-termijn effecten van MBSR op het rouwproces worden onderzocht wenselijk.

Bovendien zou in verder onderzoek gebruik gemaakt kunnen worden van observatie instrumenten en gedragsmaten in plaats van vragenlijsten om de effecten van mindfulness te meten. Ten slotte is vervolgonderzoek wenselijk naar het onderscheid in depressies die door ingrijpende gebeurtenissen worden uitgelokt versus de depressies die door autonome denkprocessen worden uitgelokt. Ook dient het effect van MBCT op de terugvalkans bij deze verschillende soorten depressies verder onderzocht te worden.

Hoewel nog niet helemaal duidelijk is hoe mindfulness werkt, lijkt mindfulness een positief effect te hebben op het psychisch functioneren. In deze scriptie is een aantal van deze effecten beschreven. Deze zullen hier kort worden genoemd. MBSR leidde tot een vermindering van gegeneraliseerde angst op zowel korte als lange termijn en een vermindering van piekeren. MBSR lijkt hierdoor een effectieve behandeling te zijn voor de gegeneraliseerde angststoornis. Daarnaast zorgde deelname aan MBSR tot een duurzame vermindering van depressieve symptomen en een verbetering van de stemming. Bovendien lijkt MBSR de eerste fasen van rouwverwerking te kunnen versnellen en leidde MBSR tot een verhoogde acceptatie van de situatie. Bovendien wordt gevonden dat de terugvalkans na het volgen van MBCT bij degenen die drie of meer depressies

hadden doorgemaakt met de helft werd gereduceerd en lijkt MBCT geschikt ter preventie van depressies die uitgelokt worden door autonome depressogene denkprocessen.

Daarnaast lijkt mindfulness in te spelen op de behoefte aan duurzame veranderingen. Er zijn de laatste jaren effectieve oplossingsgerichte therapieën ontworpen, zoals de cognitieve gedragstherapie. Een groot probleem blijft echter dat in de psychotherapie sommige behandelingen voor een aantal patiënten niet werkzaam zijn (gegeneraliseerde angststoornis) of niet leiden tot duurzaam herstel (depressie). Mindfulness lijkt echter wel duurzame veranderingen mogelijk te maken. De verklaring hiervan is mogelijk dat men de eigen situatie leert accepteren.

In het bijzonder zou nagegaan kunnen worden of mindfulness tot betere resultaten leidt bij stoornissen die moeilijk te behandelen zijn. Er bestaat al vrij veel empirische ondersteuning voor de effectiviteit van mindfulness-interventies bij de behandeling van stoornissen waarbij de bestaande cognitieve gedragstherapie tekortschiet. Zo is er evidentie voor het gebruik van mindfulness-interventies om de gegeneraliseerde angststoornis te behandelen (Roemer & Orsillo, 2002). Ook blijkt Dialectische Gedragstherapie (waarin mindfulness-interventies een rol spelen) effectief bij de borderline persoonlijkheidsstoornis en eetstoornissen (Hayes et al., 2004). Er zijn echter nog studies nodig om de effectiviteit van mindfulness bij andere stoornissen aan te tonen. Daarnaast lijkt mindfulness een krachtig middel om terugval te voorkomen. De grootste empirische steun hiervoor is de aangetoonde reductie van terugval bij depressie (Teasdale et al.,

2000; Ma & Teasdale, 2004) Ook kan met MBSR en MBCT doelmatigheidswinst te behalen zijn vanwege de groepsgewijze behandeling en de vermindering van terugval.

Ondanks de tekortkomingen van de besproken studies kan gesteld worden dat mindfulness kwaliteiten bevat die van grote waarde kunnen zijn voor de psychotherapie. Mindfulness zou dankzij de vermindering van angst en depressieve symptomen, het optreden van duurzame veranderingen en het potentieel om stoornissen te behandelen waar nog geen goede evidence-based behandeling voor bestaan, een verrijking van de cognitieve gedragstherapie kunnen zijn.

Of mindfulness interventies breed zullen worden toegepast hangt echter niet alleen af van de empirische onderbouwing van de methode, maar minstens zo belangrijk is de acceptatie van de methode door de professionals. Vooralsnog lijkt mindfulness te moeten rekenen op de nodige tegenstand. Zo noemt Wippoo (2004) een aantal redenen waarom mindfulness niet tot het domein van de gedragstherapie thuishoort. Zo zouden de doelen van mindfulness en psychotherapie wezenlijk verschillen, omdat psychotherapie veranderingsgericht is en mindfulness acceptatiegericht. Ook zegt zij dat mindfulness niet in het leermodel, de theorie achter gedragstherapie, gepast kan worden.

Deze redenen zijn echter niet goed onderbouwd. Zo zijn mindfulness interventies wel degelijk gericht op verandering. Voorbeelden zijn: vermindering van angst (gegeneraliseerde angststoornis), voorkomen van recidive van depressie, verbeterde manieren van omgaan met chronische pijn. Bovendien kan ook het leren accepteren van dingen waaraan niet te ontkomen valt opgevat worden

als verandering. Ten slotte is het niet passen binnen een theorie een verkeerde reden om een nieuwe methode niet te accepteren. Van veel interventies kan gezegd worden dat we niet weten waarom ze werken, terwijl ze wel een brede toepassing hebben gevonden. Het is daarom relevanter de verklarende mechanismen te onderzoeken. Dat dit kan leiden tot aanpassingen van de theorie is minder ernstig dan krampachtig vasthouden aan bestaande ideeën. Zo pleit Korrelboom (2004) ervoor nieuwe interventies op basis van aangetoonde effectiviteit te gebruiken, en niet op basis van theorie. In zijn visie leidt dit tot een integratief model van therapie: 'de geïntegreerde cognitieve gedragstherapie' beschreven in de handleiding van Korrelboom en Ten Broeke, (2004). Uiteraard zou dit tevens moeten leiden tot integratie van nieuwe effectieve behandelingsmethoden in de opleiding tot GZ-psycholoog (Korrelboom, 2004). Ook Schurink (2004) vindt dat mindfulness tot het domein van de gedragstherapie behoort.

Het inpassen van mindfulness als volwaardige interventie in de psychotherapie, vergt wel enige moeite. Het is waar dat mindfulness op sommige punten structureel verschilt van cognitieve gedragstherapie. Zo worden bij mindfulness-interventies gedachten niet geëvalueerd en dus ook niet benoemd als irreëel of verstorend zoals bij de cognitieve gedragstherapie. Daarnaast wordt verandering op paradoxale wijze bereikt, namelijk door een niet op prestatie gerichte houding aan te nemen en geen specifiek doelen na te streven. Cognitieve gedragstherapie streeft daarentegen wel specifieke doelen na (Baer, 2003). Een ander groot verschil is dat cognitieve- gedragstherapie zich richt op het veranderen van de inhoud van cognities, terwijl mindfulness zich

richt op het ontwikkelen van een andere houding ten opzichte van cognities. Het is echter niet uitgesloten dat de effecten in beide gevallen door eenzelfde proces worden veroorzaakt. Zo zou het veranderen van de inhoud van gedachten (door 'uitdagen') tot een meer gedecentreerde relatie met gedachten kunnen leiden. Omgekeerd zou de inhoud van gedachten bij mindfulness kunnen veranderen door een veranderende houding ten opzichte van gedachten.

Ook kunnen mindfulness-interventies en cognitief gedragstherapeutische interventies een synergie vormen. In feite is het bewijs hiervoor al geleverd in studies waarin interventies uit beide domeinen worden gecombineerd. Zo bestaat MBCT uit Mindfulness-interventies en cognitieve therapie. Ook in Dialectische Gedragstherapie en Acceptance and Commitment Therapy worden verschillende interventies, waaronder mindfulness-interventies met elkaar gecombineerd. In lijn hiermee stellen Teasdale et al. (2003) dat het ontwikkelen van een relatie tussen cognitieve gedragstherapie en mindfulness interventies de meest spannende en potentieel productieve uitdaging vormen voor vervolgonderzoek. Mindfulness lijkt dankzij zijn speciale kwaliteiten een relevante aanvulling te vormen op de psychotherapeutische praktijk. Met de komst van mindfulness is misschien wel een nieuw tijdperk aangebroken waarmee een balans wordt bereikt tussen 'oplossen' en 'accepteren'.

## 6. Literatuur

- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*, 125-143.
- 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. L., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., et al. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*, 230-241.
- Borkovec, T. D. (2002). Life in the future versus life in the present. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*, 76-80.
- Chang, V. Y., Palesh, O., Caldwell, R., Glasgow, N., Abramson, M., Luskin, F., et al. (2004). The effects of a mindfulness-based stress reduction program on stress, mindfulness self-efficacy, and positive states of mind. *Stress and Health, 20*, 141-147.

- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-473.
- Hayes, A. M., & Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 255-262.
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. M. (2004). *Mindfulness and acceptance*. New York: Guilford Press.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delacorte.
- Kabat-Zinn, J. (2000). *Handboek meditatief ontspannen: effectief programma voor het bestrijden van pijn en stress*. Haarlem: Becht.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
- Korrelboom, K. (2004). Cognitieve gedragstherapie en 'rare therapieën'. Wat moeten we ermee? *Gedragstherapie*, 37, 225-231.
- Korrelboom, K., Ten Broeke, E. (2004). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie*. Handboek voor theorie en praktijk. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Ma, S. H., & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 31-40.
- Miller, J. J., Fletcher, K., & Kabat-Zinn, J. (1995). Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry, 17*, 192-200.
- Ramel, W., Goldin, P. R., Carmona, P. E., & McQuaid, R. (2004). The effects of mindfulness meditation on cognitive processes and affect in patients with past depression. *Cognitive Therapy and Research, 28*, 433-455.
- Roemer, L., & Orsillo, S. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*, 54-68.
- Sagula, D., & Rice, K. (2004). The effectiveness of mindfulness training on the grieving process and emotional well-being of chronic pain patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 11*, 333-342.
- Scheel, K. R. (2000). The empirical basis of dialectical behavior therapy: Summary, critique, and implications. *Clinical Psychology: Science and Practice, 7*, 68-86.

- Schurink, G. (2004). Aandachtgerichte cognitieve therapie bij depressie: een methode die past in het domein van de cognitieve gedragstherapie. *Gedragstherapie*, 37, 207-213.
- Segal, Z. S., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D. (2004). *Aandachtgerichte cognitieve therapie bij depressie*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Shapiro, S. L., Schwartz, G. E., & Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of Behavioral Medicine*, 21, 581-599.
- Teasdale, J. D., Segal, Z.V. & Williams, J. M. G. (2003) Mindfulness training and problem formulation. *Clinical Psychology and Science*, 10, 157-160.
- Teasdale, J. D., Segal, Z.V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623.
- Wippoo, P. (2004). Mindfulness en gedragstherapie. *Gedragstherapie*, 37, 215-218.