

Mindfulness: integratie in de cognitieve gedragstherapie

Ger Schurink¹

SAMENVATTING

Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) beoogt een integratie van mindfulness en bestaande cognitieve en gedragstherapeutische interventies. Het ontstaan van MBCT en de definitie van mindfulness wordt besproken evenals mindfulness-oefeningen, toepassingen en de integratie van mindfulness in de CGT. Enkele verklaringsmodellen en de effectiviteit bij verschillende psychische stoornissen worden besproken. Tenslotte worden redenen genoemd om mindfulness zorgvuldig te gebruiken.

INLEIDING

In Oosterse religieuze tradities heeft het beoefenen van 'mindfulness' in de vorm van meditatie een lange traditie. Dit is vooral zo in het Boeddhisme, waaruit ook de term 'mindfulness' afkomstig is. Het is de Engelse vertaling van *satipatthana*, en is het onderwerp van de Satipatthana Sutta, één van de oudste Boeddhistische teksten (Koster, 2001). In deze teksten wordt mindfulness-meditatie beschreven als een methode om het persoonlijk lijden te verminderen, en positieve kwaliteiten zoals inzicht, wijsheid en compassie te ontwikkelen. In het Westen kwam de belangstelling voor meditatie als therapeutische methodiek op in de jaren 60 (Germer, 2005; Kwee & Taams, 2003). Vanaf de jaren 80 vond in het Westen mindfulness-meditatie ingang. Jon Kabat-Zinn is een pionier die deze vorm van meditatie toepaste in een medische setting voor patiënten met chronische klachten. Zijn methodiek, de 'Mindfulness Based Stress Reduction' genoemd (MBSR, Kabat-Zinn, 1990), bestaat uit een intensieve mindfulness-training van acht wekelijkse bijeenkomsten van drie uur waarbij patiënten verschillende meditatietechnieken leren.

Ook Teasdale, Segal en Williams (1995) hebben pionierswerk verricht. Het ontbreken van een succesvolle aanpak bij recidiverende depressie was voor deze auteurs de aanleiding om de eerste 'Mindfulness Based Cognitive Therapy' (MBCT) te ontwikkelen. Zij integreerden MBSR met cognitieve technieken om terugval te voorkomen bij patiënten die drie of meer depressies achter de rug hebben. De resultaten van dit programma waren goed (Teasdale, Segal, Williams, Ridgeway, Soulsby & Lau, 2000; Ma & Teasdale, 2004). Sindsdien is het enthousiasme en optimisme in de toepassingsmogelijkheden van mindfulness exponentieel toegenomen. De belangrijkste reden is wellicht dat MBCT een

1. Correspondentieadres: Grotestraat 209-B, 7622 GH Borne.
Email: schurink@worldonline.nl. Internet: www.aandachtgerichtecognitievetherapie.nl

zinvolle toevoeging is aan het repertoire van de cognitieve gedragstherapie. Het is een welbekend gegeven dat ondanks deskundige behandeling een grote groep patiënten niet volledig geneest, klachten behoudt, of een grote kans op terugval heeft. Dit wijst op de grenzen van een hulpverlening gericht op 'cure'. Een aanpak gericht op acceptatie, op het leren omgaan met chronische klachten en met een blijvende kwetsbaarheid kan de op verandering gerichte methoden aanvullen.

Het succes van mindfulness in de klinische praktijk sluit ook aan bij de opkomst van een nieuw type behandelingsmethoden. De visie van Hayes (2005) is hierbij verhelderend. Volgens hem kunnen drie generaties van gedragstherapeutische behandelingen onderscheiden worden. Tijdens de eerste generatie zag de gedragstherapie het daglicht. Typisch aan deze vorm van gedragstherapie was de nadruk op leerpsychologische principes zoals klassieke en operante conditionering. Met de opkomst van de cognitieve revolutie in de psychologie, ontstond de cognitieve gedragstherapie. Een aanname hierin is dat psychische problemen ontstaan of in stand gehouden worden door verstoringen in specifieke cognitieve functies en schema's. Behandelingen richten zich op het wijzigen van disfunctionele gedachten om het probleemgedrag te doen verdwijnen of onder controle te krijgen. Volgens Hayes (2003, 2004) maakt een derde generatie van behandelmethoden opgang die niet zozeer streven naar het bijstellen, maar naar het veranderen van de *houding* tegenover disfunctionele gedachten, gevoelens en gedrag. Tot deze stroming behoren verschillende therapieën waaronder ook 'Mindfulness Based Cognitive Therapy' (MBCT).

WAT IS MINDFULNESS?

Er zijn verscheidene, overlappende definities van mindfulness. De meest geciteerde is die van Kabat-Zinn (1994, p.24): "Mindfulness means paying attention in a particular way: on purpose, in the present moment, and non-judgmentally". Omwille van de blijvende moeilijkheid om het begrip 'mindfulness' helder te definiëren hebben een aantal deskundigen consensusbijeenkomsten georganiseerd. Op basis van deze bijeenkomsten stelt Bishop (2004) een definitie met twee componenten voor. De eerste component betreft zelfregulatie van de aandacht, en houdt in dat de aandacht gericht is op de onmiddellijke ervaring en het herkennen van mentale gebeurtenissen in het huidige moment. De tweede component is de nieuwsgierige en accepterende houding tegenover dat wat ervaren wordt: Elke gedachte, gevoel en lichamelijke gewaarwording wordt toegelaten, zonder een waardeoordeel erover uit te spreken, en zonder er iets aan te willen veranderen.

Mindfulness, zoals hierboven gedefinieerd, kan aangeleerd worden. Traditioneel worden hiervoor een aantal technieken gebruikt. De meest gebruikte zijn de 'bodyscan-meditatie', 'zitten met aandacht', en 'dagelijkse activiteiten met aandacht uitvoeren'. Centraal in deze oefeningen staat dat men oude, ingesleten, automatische cognitieve gewoonten leert herkennen en loslaten. We bespreken deze methoden kort. Voor meer informatie zie Segal et al., (2004), Gunaratana (2005), Brantley (2004), De Haas (2005), Koster (2001) en Germer (2006).

Bodyscan-meditatie is meestal de eerste techniek die gebruikt wordt. De aandacht wordt stap-voor-stap gedurende enkele minuten gericht op de verschillende lichaamsdelen (voeten, benen, onderlichaam, bovenlichaam, armen en hoofd). 'Zitten met aandacht' is één van de belangrijkste meditatieoefeningen. De aandacht wordt gefocust op de lichamelijke sensaties rond de buik bij het ademen zonder dat de ademhaling beïnvloed wordt. De instructie is om bij het afdwalen van de aandacht, op een vriendelijke en niet-oordelende manier de aandacht weer naar het ademen terug te brengen. In het verdere verloop van de training worden geluiden, lichamelijke gewaarwordingen en gedachten als object van aandacht genomen. Tenslotte wordt 'Dagelijkse activiteiten met aandacht uitvoeren' gebruikt om mindfulness te integreren in het dagelijkse leven. Men leert om terugkerende eenvoudige dagelijkse bezigheden zoals tandenpoetsen, douchen, afwassen, traplopen of iets eten met aandacht uit te voeren (Kabat-Zinn, 1990).

INTEGRATIE IN DE COGNITIEVE EN GEDRAGSTHERAPIE

De inpassing van mindfulness in de CGT is vergelijkbaar met de uitbreiding van de oorspronkelijke gedragstherapie met cognitieve interventies. Het is een geleidelijk proces van uittesten en onderzoeken. Integratie vraagt ook accentverschuivingen en aanpassingen in de gebruikelijke rationale en de uitvoering van cognitieve gedragstherapeutische interventies (Orsillo, Roemer, Block Lerner & Tull 2006). Segal et al. (2002) noemen het balanceren tussen patiënten helpen hun verwachtingen van veranderingen 'los te laten' versus hen aanmoedigen om te vertrouwen dat mindfulness uiteindelijk tot belangrijke veranderingen zal leiden. Als hulpmiddel om een onderscheid te maken tussen problemen die om veranderingen en die om acceptatie vragen stelt Miller (1996) voor om in het behandelplan een probleemlijst voor beide categorieën te maken. De integratie van mindfulness in CGT-interventies zoals psychoeducatie, registratieopdrachten, cognitieve technieken en exposure, wordt hieronder beschreven.

Tijdens psychoeducatie worden de rationale en de doelstellingen van de behandeling voorgesteld. In CGT worden emotionele reacties bij een bepaalde problematiek gewoonlijk gezien als iets dat niet-gepast is en waar wat aan gedaan moet worden. In de MBCT worden lichamelijke sensaties, cognities en gedrag gezien als een 'passende' reactie *op dat moment*. Veel meer dan in de CGT worden in de MBCT metaforen, gedichten en verhalen gebruikt om de attitude die eigen is aan mindfulness te illustreren.

Ook in MBCT wordt gebruik gemaakt van registratieopdrachten. In CGT worden registratieopdrachten ingelast om informatie te verzamelen over de ernst en frequentie van de klachten, als materiaal voor bespreking in de therapie of als onderdeel van de cognitieve herstructurering. In de MBCT zijn registratieopdrachten vooral bedoeld om toenadering te bevorderen tot wat vermeden wordt. Cruciaal is het aanleren van een nieuwsgierige en accepterende attitude ten aanzien van negatieve emoties. Vragen over gevoelens ('Wanneer kwamen ze op? Waren ze constant of gingen ze op en neer? Hoelang duurden ze? Heb je gemerkt of er nog andere gedachten, gevoelens en lichamelijke reacties bij

kwamen?’ enzovoort) zijn dus niet bedoeld om ‘een probleem te diagnosticeren’, maar wel om de patiënt aan te zetten tot een niet-oordelende, onderzoekende instelling. Als deelnemers vragen: ‘Wat moet ik doen als ik me zo voel?’, kun je de onderzoekende geest in stand houden door te vragen wat ze al gedaan hebben en wat er toen gebeurde. Het in stand houden van deze nieuwsgierigheid is beter dan zo snel mogelijk met een ‘oplossing’ te komen (Segal et al., 2004).

In CGT worden cognities geïdentificeerd en op socratische wijze uitgedaagd. Ook in de MBCT is het bewust worden en leren herkennen van cognities zinvol. Er is echter een wezenlijk verschil: In de MBCT krijgen patiënten *niet* de instructie om relevante cognities telkens opnieuw op geloofwaardigheid te onderzoeken en te vervangen door meer rationele opvattingen. Met name het rechtstreekse uitdagen in de vorm van: ‘Laten we eens onderzoeken of je opvatting dat je dood gaat door een paniekaanval klopt’ is tegengesteld aan de mindfulness attitude. Een aandachtgerichte interventie die het uitdagen en wijzigen van disfunctionele cognities kan vervangen is de ‘ademruimte’ (The 3-Minute Breathing Space). Deze door Segal et al. (2002) ontwikkelde techniek passen patiënten toe in situaties waarin de stemming dreigt om te slaan. Er zijn drie stappen. In de eerste stap wordt de aandacht gericht op het bewust worden van lichamelijke gewaarwordingen, gedachten en/of gevoelens. Dan wordt de aandacht in de tweede stap zo volledig mogelijk gericht op het waarnemen van het ademen, en in de derde stap wordt de aandacht van het ademen uitgebreid naar de lichamelijke gewaarwordingen met de houding: ‘Het is oké, wat het ook is, het is oké, laat me het maar ervaren.’ Onderstaand voorbeeld afkomstig uit Segal et al. (2004, p.261) illustreert het gebruik van deze techniek:

Anna was overdag werkzaam als secretaresse; ze raakte in de ban van het schaatsen, waarvoor ze ’s avonds veel lessen volgde. Ze deed vooral graag mee met wedstrijden. Zo’n wedstrijd zou ook het komend weekend plaatsvinden. Op haar werk stond Anna behoorlijk onder druk en ze vond dat ze beter moest kunnen. Terwijl ze zich omkleedde voor schaatsles, betrapte ze zich erop dat ze dacht geen goede schaatser te zijn en weinig kans zou maken in de wedstrijd.

Anna werd zich bewust van haar sombere stemming en besloot de techniek van ademruimte toe te passen. Ze beschreef hoe ze zich bewust werd van wat haar dwarszat en dat erkende, en vervolgens haar aandacht naar haar ademhaling bracht. Ten slotte breidde ze die aandacht uit naar haar hele lichaam, en merkte op wat voor invloed dat had op haar gedachten en gevoelens. Anna kon daardoor afstand nemen en datgene wat ze ervoer in een bredere context plaatsen. Ze zag dat ze een beperkte blik had op de wedstrijd, en alleen maar aan presteren dacht. Ze ontdekte ook dat sommige twijfels voortkwamen uit haar tegenstrijdige gevoelens over haar werk en niet per se met het schaatsen te maken hadden, waar ze plezier in had.

Door de ademruimte kon Anna haar kritische gedachten op een andere manier bezien. Ze erkende dat ze, al waren de twijfels misschien niet verdwenen, in elk geval de wedstrijd kon rijden. Ze zei dat ze door dit bredere perspectief op wat er met haar aan de hand was, inzag dat ze gewoon moest gaan en haar best doen. Daardoor kon ze met meer enthousiasme en inzet meedoen.

Uit Anna's ervaring kwam iets belangrijks naar voren, namelijk dat ze, door zich open te stellen voor problematische gedachten, gevoelens en gewaarwordingen, beter kon zien wanneer ze vatbaar was voor het denken op de oude, vruchteloze manier. Ze begon haar eigen terugvalsignalen te herkennen.

Exposure wordt in de CGT gebruikt voor het disconfirmeren van disfunctionele verwachtingen (bij sequentiële conditionering) en om de intrinsieke aversieve betekenis te beïnvloeden (bij referentiele conditionering). Hoewel de procedure van exposure vanuit CGT en MBCT in grote lijnen dezelfde is, zijn er verschillen in rationale en instructies. De gebruikelijke rationale bij CGT is: 'Als je de confrontatie met de problematische (meestal angstwekkende) situatie volhoudt, zul je merken dat je emotionele reactie afneemt en/of dat je (meestal angstige) voorspelling niet uitkomt'. Met andere woorden, zet door, je went er aan en/of je komt er achter dat wat je denkt niet klopt. Bij MBCT zijn de rationale en de instructies conform een nieuwsgierige en accepterende attitude: als je opmerkzaam bent op wat je ervaart en toelaat wat je ervaart dan verliest je automatische afwijzende reactie bij dit probleem aan kracht en ontstaat er ruimte voor een andere, betere manier van reageren. Ook het trekken van conclusies op basis van de resultaten van de exposure, gedragsexperimenten of actieplannen wordt achterwege gelaten in MBCT. Een voorbeeld ter illustratie:

Bernadette heeft in haar leven veel gezondheidsklachten en een paar ongevallen gehad. Tijdens enkele ziekenhuisopnames waren er levensbedreigende complicaties. Ze is zeer alert voor nieuwe lichamelijke klachten en de minste aanleiding, zoals een steek van een bij of een wat ongewone fysieke gewaarwording, levert direct extreme angst op. Een standaard exposure is voor haar te bedreigend. Wanneer Bernadette voldoende ervaring heeft met de meditatieoefeningen introduceert de therapeut mindful exposure. Voor haar is de minst bedreigende vorm van interoceptieve exposure anderhalve minuut met de neus dicht door een rietje ademen. Dit oefent ze enkele weken dagelijks met dezelfde attitude als bij de meditatieoefeningen: stel je open voor wat je ervaart, laat het toe en doe niets. Haar aanvankelijke angstscore, die maximaal was, is uiteindelijk tot nul gereduceerd. Daarna volgen er andere interoceptieve oefeningen die er uiteindelijk toe leiden dat ze vrij van angst is voor de lichamelijke sensaties.

EFFECTIVITEIT VAN MINDFULNESS BIJ DIVERSE KLACHTEN

Momenteel wordt MBCT bij diverse klachten en populaties toegepast. Opvallend is dat er nog weinig gerandomiseerde studies zijn die de effectiviteit van MBCT bewijzen. Gezien de nog jonge geschiedenis van MBCT is dit begrijpelijk. Een aantal effectiviteitsstudies is nog niet afgerond of gepubliceerd. Daartegenover staat dat al diverse protocollen te vinden zijn in de literatuur. Er zijn ook niet-gecontroleerde studies en gevalbesprekingen. Uiteraard moet met de resultaten van deze laatste studies voorzichtig omgesprongen worden. De gouden standaard is nog steeds de 'randomized controlled study'. Baer (2003, 2006) geeft een

uitvoerig overzicht van de bestaande studies, en concludeert dat de huidige literatuur over MBCT geplaagd wordt door ernstige methodologische tekortkomingen. In haar eindoordeel blijft de auteur evenwel optimistisch en hoopvol. Zij stelt dat er voldoende aanwijzingen zijn dat op mindfulness gebaseerde interventies (kunnen) werken bij verscheidene psychische stoornissen. Hieronder bespreken we een aantal studies.

Terugvalpreventie bij depressie: Er zijn twee gerandomiseerde onderzoeken die de effectiviteit van MBCT als terugvalpreventie-methode bij recidiverende depressieve episoden aantonen. Het onderzoek van Teasdale et. al. (2000) omvatte 145 patiënten met twee of meer depressies. De controlegroep was een 'treatment as usual'. Voor patiënten met twee depressieve episoden was de therapie niet effectiever dan de controlegroep. Voor patiënten met drie of meer depressies was er wel een effect van de interventie. Gemeten over een periode van 60 weken viel 37% van deze groep die MBCT kreeg terug, terwijl dit 66% was in controlegroep.

De tweede studie van Ma en Teasdale (2004) met 75 patiënten leverde vergelijkbare resultaten op: 36% terugval in de MBCT-groep en 78% terugval in de controlegroep. De meerwaarde van MBCT bij een acute depressie is niet aangetoond. Een praktisch bezwaar is bovendien dat depressiesymptomen zoals depressogene cognities, vermoeidheid, geheugen- en concentratieproblemen het leren mediteren aanzienlijk in de weg staan.

Gegeneraliseerde angststoornis (GAS). Het lijkt aannemelijk dat MBCT een meerwaarde heeft in de behandeling van GAS. Ten eerste zijn patiënten bij traditionele behandelingen zelden klachtenvrij (Roemer, 2006). Bovendien zijn er bij GAS geen duidelijke stimuli waaraan de angst gekoppeld is, en is er een uitgebreider scala van angstige cognities. Roemer en Orsillo (2005) beschrijven een MBCT voor dit type van patiënten. Het is een combinatie van mindfulness met de behandeling van Borkovec (2002a). Een effectiviteitsstudie is nog niet afgerond. Het blijft dus afwachten wat de resultaten onmiddellijk na behandeling zijn, en na follow-up. De voorlopige resultaten zijn veelbelovend: Van de 17 patiënten die de therapie reeds voltooiden is 62% klachtenvrij aan het einde van de behandeling.

Dwang. Exposure en responspreventie is een effectieve behandeling bij obsessief compulsieve stoornissen. Hannan en Tolin (2005) stellen voor om 'acceptance- and mindfulness approaches' aan de standaardbehandeling toe te voegen. In zijn huidige vorm wordt exposure en responspreventie aan patiënten voorgesteld als een techniek waardoor via habituatie en/of bijstellen van cognities emotionele verandering optreedt. Voor veel patiënten is exposure evenwel te bedreigend. Weenigen zijn dan ook initieel gemotiveerd om zich aan exposure te wagen. Van de dwangpatiënten zou 25% exposure en responspreventie weigeren (Franklin & Foa, 1998). Tolin et al. (2004) concluderen dat verschillende op acceptatie gerichte benaderingen, waaronder MBCT, kunnen helpen om minder gemotiveerde patiënten bij de behandeling te betrekken. Door mindfulness zou de exposure en responspreventie 'gebruiksvriendelijker' kunnen worden, waardoor de inzet van patiënten groter wordt en de kans op drop-outs afneemt. Een dergelijke aanpak is ontwikkeld door Schwartz & Beyette (1997). Ook hier zijn

er nog geen gegevens beschikbaar over de effectiviteit en de meerwaarde. Er is op dit moment nog geen gerandomiseerde studie afgerond.

Eetstoornissen: Kristeller et al., (2006) beschrijven enkele op mindfulness gebaseerde behandelingen voor eetstoornissen waaronder de Mindfulness Based Eating Awareness Training (MB-EAT). Met behulp van mindfulness-meditatie worden oefeningen toegespitst op het opmerken en doorbreken van automatische reactiepatronen rondom honger, eten, verzadiging en triggers voor eetbuien. In een gerandomiseerd klinisch onderzoek bij binge eating disorder verbeterden de patiënten in de MB-EAT groep significant t.o.v. de psycho-educatie en de wachtlijstcontrole-groep (Kristeller et al., in voorbereiding).

Paniek. Germer (2005) ontwikkelde een mindfulness-based behandelprotocol voor paniekstoornissen met agorafobie dat nog niet 'evidence based' is. Levitt en Karekla (2005) ontwikkelden een programma dat elementen uit de MBCT en de Acceptance and Commitment Therapy bevat. Het protocol omvat: een overzicht van de behandeling, aspecten van de paniekcirkel, benadrukken van beperkingen van gebruikelijke coping, kwijt willen versus accepteren, ontspanning en mindfulness-oefeningen, waarden verhelderen, introceptieve exposure, actieplannen, moeilijke situaties opzoeken, omgaan met traumatische herinneringen en maatregelen bij risicomomenten. Van hierboven beschreven aanpak is er slechts één gerandomiseerd onderzoek (Levitt & Karekla, 2005) met een bescheiden aantal patiënten waaruit de effectiviteit blijkt. In tegenstelling tot de paniekmanagement-conditie waren er in de mindfulness-aanpak geen drop-outs. Volgens de auteurs komt dit doordat een mindfulness benadering de patiënt beter voorbereidt op exposure.

Pijn: De allereerste behandelprogramma's waarin patiënten mindfulness-oefeningen kregen waren gericht op het leren omgaan met chronische pijn (Kabat-Zinn, 1982, 1990). Er is een aantal studies die de effectiviteit van op mindfulness en acceptatie gebaseerde behandelingen onderzocht hebben en die significante verbeteringen laten zien op pijnscores, andere medische symptomen en algemene psychische factoren (zie voor een overzicht Baer, 2003). Een specifieke aanpak bij pijn wordt beschreven door Siegel (2005) en Young (2004). Rouwverwerking bij chronische pijn middels een mindfulness-meditatieprogramma wordt beschreven door Sagul & Rice (2004). Deze drie behandelmethoden zijn niet op effectiviteit onderzocht.

HOE WERKT MINDFULNESS?

Er zijn nog veel onopgehelderde vragen over de precieze werkingsmechanismen van MBCT. Er is dringend behoefte aan systematisch procesonderzoek. Alleen via dit type onderzoek kan achterhaald worden of het aanleren van een opmerkelijke en accepterende houding inderdaad het kerningrediënt van het succes is van MBCT. Momenteel zijn er diverse alternatieve verklaringen geopperd (Baer, 2003; Lazar, 2005; Zvolensky, Feldner, Leen-Feldner & Yartz, 2005; Baert, Goeleven & De Raedt, 2006). Vele van deze verklaringen zijn nog onvoldoende uitgebouwd. De meest gangbare verklaringen zijn:

- Extinctie. Mindfulness is een exposure-techniek die leidt tot uitdoving en/of cognitieve veranderingen. Goleman (1988) noemt mindfulness daarom 'global desensitization'.
- Relaxatie. De mindfulness-oefeningen induceren ontspanning waardoor emotionele arousal en dus de klachten afnemen.
- Zelfmanagement. Mindfulness omvat zelfobservatie met een korte timeout waardoor in een vroeg stadium signalen van dreigende problemen opgemerkt worden, de opkomende geïjkte respons niet onmiddellijk en automatisch plaatsvindt en er ruimte ontstaat voor coping.
- Het beïnvloeden van de informatieverwerking. Een van de primaire taken van een organisme is het adequaat verwerken van de nieuwe informatie die op dat moment beschikbaar is. Dit wordt verstoord door tegelijkertijd na te denken, te oordelen, categoriseren, memoriseren of te fantaseren. Het sturen van de aandacht naar de feitelijke zintuiglijke waarneming optimaliseert het informatieverwerkingsproces (Borkovec, 2002b)
- Neurobiologische veranderingen. Meditatie leidt tot aantoonbare veranderingen in hartslag, ademhaling, hersenactiviteiten en immuunsysteem (Davidson et al., 2003). Dit zou kunnen samengaan met een algemene verbetering van de fysieke en geestelijke gezondheid en kunnen leiden tot een positief effect op de aanwezige psychopathologie.
- Therapeutfactoren. Therapeutfactoren die een goede invloed hebben op behandelingen zijn o.a. nabijheid, warmte, ondersteuning, interesse, respect en niet-veroordelen. Het is aannemelijk dat een aandachtsgerichte houding van de therapeut deze factoren versterkt (Morgan & Morgan, 2005).

BESLUIT

MBCT is niet hetzelfde als het toepassen van mindfulness-technieken in een behandeling, of meditatie-oefeningen aanbieden als therapie. Van psychotherapie is pas sprake als mindfulness een functioneel onderdeel vormt in het therapeutisch proces op basis van een gedegen behandelplan. Teasdale et al., (2003) waarschuwen er dan ook voor om 'mindfulness-based clinical interventions' als een goedkope, algemene en breed inzetbare techniek te gebruiken bij tal van klachten in grote patiëntengroepen met gemengde diagnoses. Bovendien vragen de bescheiden of afwezige bewijzen voor de doelmatigheid van mindfulness om terughoudendheid bij de behandeling van stoornissen waarvoor andere effectieve interventies beschikbaar zijn.

Een ander problematisch punt is dat mindfulness niet op dezelfde wijze als andere interventies overgedragen kan worden. Bij de proefcursussen MBCT kwamen Segal, Williams en Teasdale tot hun verbazing tot de vaststelling dat het niet voldoende was om de methode te instrueren door de meditatie-instructies op audiobandjes te laten beluisteren en als huiswerk mee te geven. Ze ontdekten de noodzaak dat therapeuten zelf op regelmatige basis mindfulness-meditatie beoefenen. Intellectuele vakkennis is hier niet voldoende, het is de kunst om zelf in woord en daad de attitude bij mindfulness uit te dragen. De

analogie met zwemmen wordt door hen gebruikt. Een competente zwemleraar kan goed zwemmen en zwemt ook regelmatig. Segal et al., (2004) adviseren om aandachtmeditatie eerst tot een vaste, dagelijkse gewoonte te maken en de principes van mindfulness 'van binnen uit' te begrijpen alvorens deze aan patiënten te onderrichten.

In de komende jaren zal blijken of het groeiende enthousiasme standhoudt, de nog bescheiden bewijzen voor de effectiviteit van mindfulness-interventies toenemen en de wetenschappelijke onderbouwing zich verder ontwikkelt. Gezien het hoge tempo waarin publicaties verschijnen over de zogenaamde derde generatie gedragstherapieën, waar MBCT deel van uit maakt, is het waarschijnlijk dat de cognitieve gedragstherapie, en psychotherapie in het algemeen, in de komende jaren ingrijpend zullen veranderen.

SUMMARY

Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) aims at an integration of mindfulness in cognitive behavioral therapies. The development of MBCT and the definition of mindfulness are described as well as basic mindfulness-exercises, interventions and the integration of MBCT in CBT. Several models about how mindfulness works and the empirical evidence of mindfulness-based interventions are discussed. Arguments are put forward for a careful use of mindfulness.

Keywords: Mindfulness-Based Cognitive Therapy, mindfulness, cognitive behavior therapy

LITERATUUR

- Baer, R.A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.
- Baer, R. (Ed.), (2006). *Mindfulness-Based Treatment Approaches. Clinician's Guide to Evidence Base and Applications*. Burlington: Elsevier.
- Baert, S., Goeleven, E., & Raedt, R. de. (2006). Aandacht voor Mindfulness-Based Cognitive Therapy; en erna. *Gedragstherapie*, 39, 1, 23-42.
- Bishop, S. R. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-242.
- Borkovec, T.D. (2002a). A component analysis of cognitive behavioral therapy for general anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 288-298.
- Borkovec, T.D. (2002b) Life in the future versus life in the present. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 76-80.
- Brantley, J. (2004). *Angst beheersen met aandacht: een praktische gids voor het beheersen van angst, fobieën en paniek*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkrantz, M., Muller, D., & Santorelli, S. F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570.
- Franklin, M.E., & Foa, E.B. (1998). Cognitive-behavioral treatments for obsessive-compulsive disorders. In P.E. Nathan & J.M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work*. New York: Oxford University Press.
- Germer, C.K. (2005). *Mindfulness and Psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Goleman, D. (1988). *The meditative mind: The varieties of meditative experience*. New York: Tarcher/Putnam Books.
- Gunaratana, B.H. (2005). *Meditatie in alle eenvoud. Boeddhistische meditatietechnieken voor iedereen*. Haarlem: Altamira-Becht.

- Haas, N. de (2005). Leefstijl en werk: Boeddhistische oefeningen in de psychotherapeutische praktijk. In R. Kloppenborg (Red.), *Boeddhisme en psychotherapie, theoretische en praktische verkenningen* (pp. 229-245). Rotterdam: Asoka.
- Hannan, S., & Tolin, D. (2005). Mindfulness and Acceptance-Based Behavior Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder. In S. Orsillo & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and Mindfulness Based Approaches to Anxiety* (pp. 271-300). New York: Springer.
- Hayes, S.C. (2004). *Mindfulness and Acceptance. Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S.C. (2005). Acceptance and Commitment Therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *11*, 137-144.
- Hayes, S.C., Masuda A., & De Mey H. (2003). Acceptance and commitment therapy: een derde generatie gedragstherapie. *Gedragstherapie*, *36*, 69-96.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An out-patient 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: The Program of the Stress Reduction Clinic at the University of Massachusetts Medical Centre*. New York: Delta. Nederlandse vertaling: Kabat-Zinn, J. (2000). *Handboek meditatiefontspannen*. Haarlem: Becht
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Where ever you go, there you are: mindfulness meditation in everyday life*. San Francisco: Hyperion. Nederlandse vertaling: Kabat-Zinn, J. (1996). *Waar je ook gaat, daar ben je*. Haarlem: Servire Uitgevers.
- Koster, F. (2001). *Bevrijdend inzicht. Een kennismaking met de boeddhistische psychologie en inzichtmeditatie*. Nieuwerkerk a/d IJssel: Asoka.
- Kristeller, J.L., Baer, R.A., & Quillan-Wolever, R. (2006). Mindfulness-Based Approaches to Eating Disorders. In R. Baer (Ed.), *Mindfulness-Based Treatment Approaches* (pp. 75-91). Burlington: Elsevier.
- Kristeller, J.L., Quillan-Wolever, R., & Sheets, V. (in voorbereiding). Mindfulness-based eating awareness therapy (MB-EAT): a randomized trial with binge eating disorder. *Manuscript in preparation*.
- Kwee, M.G.T., & Taams, M.K. (Eds.), (2003). Special Issue on Transcultural Meditation 'A Tribute to Yutaka Haruki'. *Constructivism in the Human Sciences*, *Vol 8, Nr 2*.
- Lazar, S.W. (2005). Mindfulness Research. In C.K. Germer (Ed.), *Mindfulness and Psychotherapy* (pp. 220-240). New York: Guilford Press.
- Levitt, J., & Karekla, M. (2005). Intergrating Acceptance and Mindfulness with Cognitive Behavioral Treatment for Panic. In S. Orsillo & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and Mindfulness Based Approaches to Anxiety* (pp. 165-188). New York: Springer.
- 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, T. (1996). *Willen wat we hebben*. Utrecht: Bruna.
- Morgan, W.D., & Morgan, S.T. (2005) Cultivating Attention and Empathy. In: Mindfulness and Psychotherapy In C.K. Germer (Ed.), *Mindfulness and Psychotherapy* (pp. 73-90). New York: Guilford Press.
- Orsillo, S.M., Roemer, L., Block Lerner, J., & Tull M.T. (2006). Acceptatie, mindfulness en cognitieve gedragstherapie. In S.C. Hayes, V.M. Follete & M. Linnehan (Eds.), *Mindfulness en acceptatie. De derde generatie gedragstherapie* (pp. 87-129). Amsterdam: Harcourt.
- Roemer, L., & Orsillo, S. (2005). An Acceptance-Based Behavior Therapy for Generalized Anxiety Disorder. In S. Orsillo & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and Mindfulness-Based Approaches to Anxiety, Conceptualization and Treatment* (pp. 213-240). New York: Springer.
- Roemer, L. (2006). Incorporating Mindfulness- and Acceptance-Based Strategies in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder. In R. Baer (Ed.), *Mindfulness-Based Treatment Approaches* (pp. 52-74). Burlington: Elsevier.

- Sagul, D., & Rice, K.C. (2004). The Effectiveness of Mindfulness Training on the Grieving Proces and Emotional Well-Being of Chronic Pain Patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 11, 4, 333-343.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression*. New York: Guilford Press. Nederlandse vertaling: Segal, Z.V., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2004). *Aandachtgerichte cognitieve therapie bij depressie: een nieuwe methode om terugval te voorkomen*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Schwartz, J.M., & Beyette, B. (1997). *Brain Lock: Free Yourself From Obsessive-Compulsive Behavior*. New York: Harper Collins.
- Siegel, R.D. (2005). Psychophysiological Disorders: Embracing Pain. In C.K. Germer (Ed.), *Mindfulness and Psychotherapy* (pp. 173-196). New York: Guilford Press.
- Teasdale, J.D., Segal Z.V., & Williams J.M.G. (1995). How does cognitive therapy prevent relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy*, 33, 225-39.
- Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams J.M.G. (2003). Mindfulness Training and Problem Formulation. *Clinical Psychology Science and Practice*, 10, 157-160.
- Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M., Ridgeway, V.A., Soulsby, J.M., & Lau, M.A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in Major Depression by MindfulnessBased Cognitive Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623.
- Tolin, D.F., Maltby, N., Diefenbach, G.J., & Worhunsky, P. (2004). Motivating treatment-refusing obsessive-compulsive disorder patients. In D.J. Dozois (Chair), *Motivational interviewing and related strategies for the treatment of anxiety and depression*. Symposium presented to the Annual Meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New Orleans, LA.
- Young, S. (2004). *Break Through Pain. A Step-by-Step Mindfulness Meditation Programme for Transforming Chronic and Acute Pain*. Boulder: Sounds True.
- Zvolensky, M.J., Feldner, M.T., Leen-Feldner, E.W., & Yartz, A.R. (2005). Exploring Basic Processes underlying Acceptance and Mindfulness. In S. Orsillo & L. Roemer, (Eds.), *Acceptance and Mindfulness Based Approaches to Anxiety* (pp. 165-188). New York: Springer.

