

Artikel

Effecten en waardering van de cursus Mindfulness Based Cognitieve Therapie

Eric Stoppelenburg¹

Inleiding

Interventies gericht op het trainen van mindfulness staan de laatste jaren sterk in de belangstelling. De westerse psychologie en psychotherapie lijken een meer open houding te ontwikkelen in hun zoektocht naar methoden en technieken om het lijden te verlichten. Oosterse wijsheid die eerder als vaag of zweverig werd afgedaan is niet meer per definitie verdacht. Illustratief voor deze ontwikkeling is het internationale gedragstherapie congres van 2005 in Göteborg. Daar vergeleken Aaron Beck en de Dalai Lama cognitieve gedragstherapie en boeddhistische psychologie, van waaruit het concept mindfulness afkomstig is, met elkaar (Beck, 2005a). Beck (2005b) stelt in een reflectie op dat gesprek dat hij onder de indruk is van de overeenkomsten tussen het boeddhisme en cognitieve therapie waar het gaat om doelen, waarden, oorzaken van lijden en methoden als het gericht zijn op het hier en nu, van een afstand cognities observeren en onderscheid maken tussen pijn en de reactie op de pijn. Robins, Schmidt en Linehan (1994) concluderen dat de westerse en oosterse psychologie nu tot hetzelfde inzicht zijn gekomen, namelijk dat het toelaten van ervaringen gezonder is dan het wegdrukken of vermijden ervan. Deze ontwikkelingen hebben geleid tot het onderscheiden van een derde generatie gedragstherapieën (Hayes, Masuda & De Mey, 2003) waarbij de eerste generatie zich kenmerkt door klassieke en operante conditioneringsprincipes met technieken als systematische desensitisatie en exposure. Met de ontwikkeling van de cognitieve gedragstherapie ontstond de tweede generatie in de eerste helft van de jaren zeventig. De laatste jaren zijn we getuige van de ontwikkeling van een derde generatie. Voorbeelden zijn mindfulness based cognitieve therapie (Segal, Williams & Teasdale, 2002), dialectische gedragstherapie (Linehan, 1993) en acceptance and commitment therapy (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Deze benaderingen stellen concepten centraal als acceptatie, waarden, mindfulness en dialectiek.

1. In 2004 heeft Eric Stoppelenburg de cursus mindfulness based cognitieve therapie geïntroduceerd binnen GGZ Friesland. Het initiatief is inmiddels door verschillende delen van de organisatie overgenomen. Hij werd onder andere opgeleid door het Institute of Mindfulness in Research and Practice in Bangor, Wales en kreeg onderwijs van onder andere Mark Williams en Jon Kabat-Zinn

Mindfulness wordt gedefinieerd als “het brengen van je totale aandacht in het huidige moment en dit elk moment opnieuw doen” (Marlatt & Kristeller, 1999, p. 68). Een andere veel gehanteerde definitie van mindfulness is “het richten van de aandacht op een specifieke manier: doelbewust, in het huidige moment en zonder oordeel” (Kabat-Zinn, 1994, p. 4). Het vermogen om de aandacht te richten op deze wijze kan worden ontwikkeld door het beoefenen van meditatie, wat wordt omschreven als de intentionele zelfregulatie van aandacht van moment tot moment (Goleman & Schwartz, 1976; Kabat-Zinn, 1982). Germer (2005, p. 7) geeft de volgende kernachtige definitie van mindfulness: “bewustzijn van de huidige ervaring met acceptatie”. Brown en Ryan (2003) verduidelijken de term door het tegenovergestelde te beschrijven: preoccupatie met herinneringen, fantasieën, plannen of zorgen en geautomatiseerd gedrag vertonen zonder je bewust te zijn van waar je mee bezig bent. Door alle auteurs wordt benadrukt dat mindfulness beoefend dient te worden vanuit een houding van niet oordelende acceptatie. Verschijnselen die het bewustzijn binnen komen, zoals percepties, cognities, emoties of fysieke sensaties worden nauwkeurig geobserveerd, maar worden niet geëvalueerd als goed of slecht, gezond of ziek, belangrijk of triviaal. Mindfulness is de niet beoordelende observatie van de continue stroom van interne en externe stimuli zoals ze opkomen (Baer, 2003). Spaans, van de Kamp-Verbeij en Hop (2005) beschrijven mindfulness vaardigheden als een manier om stil te staan bij pijnlijke innerlijke ervaringen. Mindfulness vraagt mensen juist dat te denken wat ze al denken en dat te voelen wat ze al voelen, maar nu met aandacht en zonder vermijden of excessief controleren. Men streeft niet naar verandering, maar naar loslaten waarna spontane groei of herstel mogelijk worden. Therapeuten die met mindfulness werken, helpen patiënten om ideeën en gevoelens te aanvaarden zoals ze zijn, waarbij ze natuurlijk -paradoxaal genoeg- ook mikken op verandering. Hierin herkent men de dialectiek van de dialectische gedragstherapie.

Het aantal problemen, stoornissen en populaties waarop de interventie wordt toegepast groeit snel (Baer, 2006). De stand van zaken met betrekking tot empirisch onderzoek naar mindfulness training wordt geëvalueerd in een tweetal overzichtsartikelen. Baer (2003) heeft een meta-analyse gedaan van 21 studies naar de toepassing van mindfulness bij onder meer pijn, stress, angststoornissen, depressieve stoornissen en eetstoornissen. Zij concludeert dat het gepubliceerde empirisch onderzoek op het gebied van mindfulness training methodologisch zwak is, maar dat er zeker indicaties zijn dat de interventie kan leiden tot een reductie van klachten.

Bishop (2002) publiceerde een overzichtsartikel waarin hij vier gecontroleerde en negen ongecontroleerde studies evalueert. De conclusie is dat ze over het algemeen methodologisch grote tekortkomingen vertonen en dat we op dit moment behalve bij recidiverende depressies eigenlijk weinig weten over de effectiviteit van de benadering. Hij waarschuwt ervoor mindfulness als “cure all” voor alle stemmingsproblemen en psychische stoornissen in te zetten. Hij geeft echter ook aan dat er indicaties zijn dat het een methode zou

kunnen zijn die veelbelovend is. Zowel Bishop als Baer geven aan dat methodologisch beter gefundeerd onderzoek hard nodig is.

Hieraan is al wel voldaan door Teasdale et al. (2000) die de cursus mindfulness based cognitieve therapie (MBCT) ontwikkeld hebben als terugvalpreventie training bij depressies en er een multi centre randomised clinical trial (RCT) naar hebben gedaan. Op drie behandellocaties in verschillende landen werden 145 patiënten met recidiverende depressies random verdeeld over de condities treatment as usual en het volgen van de cursus. Primair werd er als uitkomstvariabele gekeken naar het optreden van terugval volgens DSM-IV criteria (American Psychiatric Association, 1994). Het voornaamste resultaat was dat van de deelnemers met drie of meer depressies 37% terugviel in depressie in een periode van 60 weken na de cursus, terwijl 66% van de patiënten die treatment as usual volgde een terugval kreeg in diezelfde periode. Bij de groep patiënten met minder dan drie depressies deed MBCT het niet beter dan treatment as usual. Of er bij deze groep wel verschillen waren in de ernst van de depressie en de beleving van de patiënt werd niet onderzocht. In replicatieonderzoek, een RCT bij 125 depressieve patiënten door Ma en Teasdale (2004) kwamen vergelijkbare bevindingen naar voren.

In het Nederlands taalgebied zijn er met als start een boekrecensie van Susan Bögels (2003) een aantal bijdragen verschenen over mindfulness van Schurink (2004), Wippo (2004), Korrelboom (2004), Topman (2005) en Schaap (2005). In 2006 verscheen er een themanummer van het tijdschrift Gedragstherapie over aandachtsprocessen met daarin onder andere bijdragen van Koster et al. en Schurink. Het enige Nederlandse onderzoek dat er naar ons weten is verschenen is een gevalsbeschrijving van de toepassing van mindfulness bij een anorexia nervosa patiënte (Spaans, van de Kamp-Verbeij & Hop 2005). Er is ons geen gepubliceerd empirisch Nederlands onderzoek naar groepen bekend.

In dit artikel wordt een pilot studie beschreven naar MBCT bij een groep psychiatrische patiënten met een as-I stoornis. De patiënten werden eerder behandeld met een evidence based behandeling voor de stoornis waaraan zij lijden, maar deze behandeling was niet succesvol in die zin dat ze nog kampen met psychische klachten waarvoor zij behandeling willen. Er is dus gekozen voor een studieopzet die nauw aansluit bij de dagelijkse praktijk van de Nederlandse GGZ: een heterogene patiëntengroep die therapieresistent lijkt maar toch nog hulp zoekt. MBCT lijkt geschikt om bij deze groep toe te passen. Het blijkt immers effectief bij vooral chronische depressie, is oorspronkelijk ontwikkeld voor meerdere doelgroepen (Kabat-Zinn, 1990; Baer, 2006; Germer, Siegel & Fulton, 2005) en is geïndiceerd voor problematiek die wordt gekenmerkt door nare of zinloze preoccupaties, strevingen en neigingen (Korrelboom & ten Broeke, 2004).

Methode

Vraagstellingen

1. Wat is het effect van de cursus mindfulness based cognitieve therapie op klachten en welbevinden?
2. Hoe waarden deelnemers het volgen van de cursus?
3. Wat is de intentie van deelnemers met betrekking tot oefenen na de cursus?
4. Wat is de frequentie en de duur waarmee deelnemers tijdens de cursus en ook in de follow-up periode de oefeningen daadwerkelijk doen?
5. Wat zijn de veranderingen volgens patiënten zelf als gevolg van de cursus?

Proefpersonen

Proefpersonen zijn psychiatrische patiënten die in behandeling zijn bij GGZ Friesland.

Inclusie criteria:

- De patiënt lijdt aan een recidiverende as-I stoornis;
- De patiënt is eerder volgens de richtlijnen behandeld voor de stoornis waaraan hij lijdt maar heeft desondanks nog steeds klachten en een hulpvraag;
- De klachten zijn dusdanig in intensiteit dat deelname aan een groepsinterventie mogelijk is;
- De patiënt is bereid om voor en na deelname vragenlijsten in te vullen.

Exclusie criteria:

- De aanwezigheid van een actuele ernstige as-I stoornis;
- De vraag om, of de indicatie voor, medicamenteus ingrijpen;
- Onvoldoende motivatie, blijkend uit een onvoldoende bereidheid om gedurende zes dagen in de week 60 minuten per dag te besteden aan huiswerk;
- Zwakbegaafdheid.

In totaal nemen 39 patiënten deel aan het onderzoek. Hun kenmerken staan vermeld in tabel 1.

Tabel 1. Kenmerken deelnemers.

	N (=39)	%		
Man	19	48.7		
Vrouw	20	51.3		
Leeftijd			46.7	(M)
			8.6	(SD)
			30.0	(MIN)
			61.0	(MAX)
<i>Opleiding</i>				
LO	1	2.6		
MAVO/ VMBO	5	12.8		
MBO	7	17.9		
HAVO/VWO	4	10.3		
HBO	14	35.9		
Universiteit	8	20.5		
<i>Diagnose</i>				
depressieve stoornis	23	59.0		
angststoornis	6	15.4		
psychotische stoornis	2	5.1		
persoonlijke stoornis	6	15.3		
aanpassingsstoornis	1	2.6		
overigen	1	2.6		
<i>Duur in zorg in maanden</i>				
0-6	11	28.2		
7-12	8	20.5		
13-24	11	28.2		
> 24	9	23.1		
			21.4	(M)
			24.4	(SD)

Interventie

MBCT is een geprotocolleerde groepsbehandeling met oefeningen waarmee mindfulness aangeleerd wordt, aangevuld met oefeningen afkomstig uit de cognitieve gedragstherapie (Beck et al., 1979) en met psycho-educatie. Het programma wordt gedetailleerd beschreven door Segal, Williams en Teasdale (2002). In tabel 2 wordt een beknopt overzicht gegeven.

Tabel 2. Programma cursus MBCT

Thema	Sessie	Inhoud
Introductie	1	Kennismaking, introductie Afname voormeting Mindfulness tijdens alledaagse bezigheid, het eten: rozijn oefening Mindfulness van fysieke sensaties: introductie Lichaamsscan Theorie: conditionering van gedrag en definitie mindfulness Huiswerk: lichaamsscan op cd, mindfulness toepassen tijdens routinebezigheid.
Omgaan met obstakels	2	Lichaamsscan Bespreking huiswerk Oefening gedachten en gevoelens Logboek prettige gebeurtenissen Introductie zitmeditatie Huiswerk: lichaamsscan, 10 minuten zitmeditatie, registratie prettige gebeurtenissen, mindfulness toepassen tijdens routinebezigheid
Aandacht voor de ademhaling	3	Oefening perceptie: mindful horen of zien Zitmeditatie Bespreking huiswerk Introductie 3 minuten ademruimte Mindfulness toepassen tijdens bewegen: introductie yoga mindfulness tijdens lopen Logboek onprettige gebeurtenissen Huiswerk: zitmeditatie afgewisseld met yoga, registratie onprettige gebeurtenissen, 3 minuten adem ruimte 3 maal per dag
Erbij blijven	4	Oefening perceptie: mindful horen of zien Zitmeditatie Bespreking huiswerk Psycho-educatie depressie; vragenlijst automatische gedachten Huiswerk: zitmeditatie, 3 minuten ademruimte standaard en als coping bij onprettige gebeurtenissen
Acceptatie	5	Zitmeditatie: omgaan met fysieke sensaties, gevoelens en gedachten bij introductie van een probleem. Bespreking huiswerk 3 minuten ademruimte Huiswerk: zitmeditatie afwisselend met en zonder cd, 3 minuten ademruimte standaard en als coping bij onprettige gebeurtenissen
Gedachten zijn geen feiten	6	Zitmeditatie: aandacht voor de ademhaling, fysieke sensaties, geluiden en gedachten. Bewustzijn van reacties op moeilijkheden Bespreking huiswerk Cognitieve therapie: oefening relatie tussen stemming en cognities Huiswerk: zelf een selectie maken uit de oefeningen en dat 40 minuten doen
Hoe kan ik het best voor mezelf zorgen?	7	Zitmeditatie Bespreking huiswerk Oefening om verband stemming en activiteit te onderzoeken. Aanzet geven tot terugvalpreventie plan: identificatie prettige en nuttige activiteiten, van signalen van terugval en identificatie van acties om recidive tegen te gaan. Huiswerk: zelf oefeningen kiezen die men de komende tijd wil blijven doen, het terugvalpreventie plan afmaken, 3 minuten ademruimte standaard en als coping als de stemming verslechtert.
Gebruiken wat je hebt geleerd in het omgaan met sombere stemmingen in de toekomst.	8	Lichaamsscan Bespreking huiswerk, inclusief het terugvalpreventie plan. Evaluatie cursus: wat heeft men geleerd. Motivatie het geleerde in de praktijk blijven brengen. Afname nameting
Toepassing	9	Follow-up bijeenkomst 12 weken na de 8 ^e bijeenkomst Zitmeditatie. Hoe is het gegaan, welke knelpunten is men tegengekomen. Hoe heeft men het geleerde in de praktijk kunnen brengen. Afname follow-up meting

In acht wekelijkse bijeenkomsten komt een groep tot twaalf deelnemers bijeen gedurende twee en een half uur. In die tijd worden er mindfulness meditatie vaardigheden geoefend. De lichaamsscan is een oefening van 45 minuten waarin de aandacht op verschillende delen van het lichaam wordt gericht terwijl de deelnemer op zijn rug ligt met zijn ogen gesloten. Gevoelens in de verschillende lichaamsdelen worden zorgvuldig geobserveerd. Wat betreft de vorm lijkt het op een ontspanningsoefening. De instructie is echter dat het niet gaat om ontspannen maar om het leren richten van de aandacht en waar te nemen zonder iets te willen veranderen.

Tijdens de zitmeditatie wordt de instructie gegeven een houding aan te nemen die wakker zijn belichaamt en de aandacht te richten op de ademhaling. Voor alle oefeningen geldt dat de deelnemers hun aandacht richten op een specifiek object, bijvoorbeeld de ademhaling of een bepaald lichaamsdeel en trachten zich daar ieder moment bewust van te zijn. Als er emoties, fysieke sensaties of cognities opkomen, dan worden ze zonder oordeel geobserveerd. Wanneer de deelnemer opmerkt dat hij of zij is afgedwaald in gedachten, herinneringen of fantasieën, dan wordt zo mogelijk de inhoud daarvan kort opgemerkt en wordt de aandacht teruggebracht naar het huidige moment. Er wordt in de cursus niet geprobeerd om onplezierige gevoelens te verminderen. Gevoelens worden simpelweg opgemerkt en geobserveerd als ze opkomen, aanwezig zijn en daarna in intensiteit afnemen. Noch is het een training in het onderdrukken van gedachten (Bishop et al., 2004). Alle opkomende gedachten worden als object van observatie beschouwd, niet als onwelkome afleiding. Het bewustzijn van gedachten speelt een cruciale rol, maar MBCT is niet gericht op het veranderen van cognities. Deelnemers worden gestimuleerd hun gedachten van een afstand te observeren, 'decentering', in plaats van zich ermee te identificeren. Sessie twee bevat een oefening uit de cognitieve therapie waarin deelnemers gevraagd wordt hun ogen te sluiten en zich voor te stellen dat ze op straat lopen en een bekende zien. De deelnemer lacht en zwaait, de andere persoon loopt door en lijkt hem of haar niet op te merken. Daarna worden deelnemers gestimuleerd hun cognities, emoties en fysieke sensaties te beschrijven. Hieruit volgt een uitleg van het 'traditionele' cognitieve model. Omdat gedachten zo'n sterke invloed hebben op onze stemming, is het belangrijk om te leren je er meer bewust van te worden. Mindfulness beoefenen kan helpen dat vermogen tot zelfobservatie te ontwikkelen. In sessie vier wordt de vragenlijst automatische gedachten (Hollon & Kendall, 1980) ingevuld. Het zich meer bewust worden van automatische gedachten wordt geoefend na sessie twee en drie waar deelnemers het registreren van respectievelijk prettige en onprettige gebeurtenissen als huiswerk krijgen. Een oefening die illustreert hoe gedachten door onze stemming gekleurd worden is opgenomen in sessie zes. 'Gedachten zijn geen feiten' is dan het thema.

Tijdens de zitmeditatie in sessie drie wordt voor het eerst expliciet geoefend met het bij een onaangenaam gevoel blijven zonder het te dramatiseren of te vermijden. In sessie vijf staat het thema acceptatie centraal. In de zitmeditatie krijgen de deelnemers de instructie een probleem van zichzelf in het bewust-

zijn te brengen, hun fysieke reacties op te merken en daar vervolgens accepteerend mee om te gaan. Later in de sessie wordt er ook educatie gegeven over het thema acceptatie.

De 3 minuten ademruimte is een oefening waarin deelnemers zich eerst een minuut bewust worden van hun gedachten en deze zien als slechts een 'mentale gebeurtenis' en niet als 'dé waarheid'. Vervolgens richt men de aandacht ongeveer een minuut op de ademhaling en tot slot een minuut op sensaties in het lichaam. De oefening wordt als huiswerk drie maal per dag geoefend en daarna als coping toegepast bij moeilijke momenten om disfunctionele en gedachte- en gedragspatronen te doorbreken.

Er worden ook bewegingsoefeningen gedaan in de vorm van yoga om bewustzijn van fysieke signalen te vergroten. Deelnemers krijgen de instructie de oefeningen op cd de komende week zes van de zeven dagen als huiswerk te doen. Later in het programma worden ze geïnstrueerd de oefeningen zonder cd uit te voeren. Deelnemers worden door middel van huiswerkopdrachten ook gestimuleerd mindfulness in hun dagelijks leven toe te passen tijdens dagelijkse handelingen, bijvoorbeeld tijdens het lopen, eten, afwassen of tanden poetsen.

In sessie zeven leggen deelnemers de basis voor een signaleringsplan waarin ze vroege signalen van terugval beschrijven, welk gedrag op dat moment zou kunnen helpen, en van welk gedrag ze nog meer uit balans raken dan ze al zijn. 'Hoe kan ik zo goed mogelijk voor mezelf zorgen?' is dan het thema.

De meeste experts gaan ervan uit dat mindfulness en acceptatie niet grondig kunnen worden begrepen door er alleen maar over te lezen. Het wordt belangrijk gevonden dat therapeuten die de cursus geven de methode aan den lijve ondervinden door zelf dagelijks meditatieoefeningen te gaan doen (Baer, 2006). Segal et al. (2002) maken de vergelijking met een zwemleraar. Een goede zwemleraar weet hoe hij moet zwemmen en zal zelf waarschijnlijk regelmatig een duik nemen. Zo is het ook met mindfulness. Een accepterende houding leren aannemen ten opzichte van al je ervaringen vereist regelmatige oefening, ook van de therapeut. Spaans, van de Kamp-Verbeij en Hop (2005) stellen zelfs dat toepassing zonder gedegen eigen meditatie ervaring het effect van de aanpak wel eens flink zou kunnen schaden.

Procedure

Voorafgaand aan deelname wordt in een multidisciplinair behandelteam op basis van klinisch oordeel vastgesteld of de cursus voor een patiënt geïndiceerd zou kunnen zijn conform de inclusiecriteria. Vervolgens wordt de patiënt naar de cursusleiders verwezen. De patiënt ontvangt schriftelijke informatie over de cursus, het onderzoek en een informed consent. Als hij of zij op basis daarvan in principe aan de cursus zou willen deelnemen, dan volgt er een uitnodiging voor een indicatiegesprek met de cursusleiders. In dit gesprek wordt stilgestaan bij de inhoud van de training, de in- en exclusiecriteria en de procedure van het onderzoek. Indien de patiënt aangeeft daadwerkelijk deel te willen nemen aan de cursus wordt gevraagd om de informed

consent te ondertekenen. Vervolgens wordt hij of zij op de deelnemerslijst voor de volgende cursus gezet. De cursus wordt gegeven door een gz-psychooloog en een klinisch psycholoog in opleiding. Een van hen heeft meditatie ervaring van minimaal 30 minuten per dag gedurende een periode van acht jaar. Beiden zijn geschoold in het geven van de cursus.

Design en groepen

Het gaat om een ongecontroleerde pilot studie. Er zijn drie meetmomenten; een voormeting (T1), een nameting (T2) en een follow-up meting (T3) vier maanden na afloop van de cursus.

Er zijn vier groepen onderzocht.

Variabelen en meetinstrumenten

Klachten

Klachten worden gemeten met de Symptom Check List (SCL-90; Arrindel en Ettema, 1986). Er zijn acht subschalen. Bij de subschaal agorafobie (AGO) gaat het om vrees in open ruimten, (ANG) geeft de angstdimensie weer. De depressieschaal (DEP) omvat het aantal symptomen die gewoonlijk bij het klinische depressiesyndroom worden opgemerkt. De dimensie somatische klachten (SOM) weerspiegelt klachten die met lichamelijk disfunctioneren samenhangen. Insufficiëntie van denken en handelen (IN) richt zich vooral op gedachten, impulsen en problemen die men als dwingend en ondanks de eigen wil voorkomend ervaart. In de dimensie wantrouwen en inter-persoonlijke sensitiviteit (SENS) zijn symptomen verzameld die een grondtoon van onvrede met het zelf in relatie met andere mensen bevatten. De subschaal hostiliteit (HOS) geeft gedachten, gevoelens of gedragingen weer die kenmerkend zijn voor de negatieve gemoedstoestand van woede. De subschaal (SLA) kwantificeert slaapproblemen. De totaalscore op de SCL-90, psychoneuroticisme (PSNEUR) genaamd geeft het algehele niveau van psychisch lijden weer.

Depressie overeenkomstig de DSM-IV criteria wordt gemeten met de Beck Depression Inventory (BDI-II-NL, Beck, 1961; van der Does, 2002).

Welbevinden

Mindfulness richt zich niet rechtstreeks op vermindering van klachten, maar eerder op acceptatie en loslaten, waar klachtenreductie wel een zeer welkom gevolg van kan zijn. Het doel van psychotherapie in het algemeen lijkt ook steeds meer te verschuiven van klachtenreductie naar effectieve coping met kwetsbaarheid en toename van zelfcontrole (Appelo & Harkema-Schouten, 2003). Het ervaren van autonomie en regie is samen met betekenisvolle relaties en een zinvolle dagbesteding veel belangrijker voor het ervaren van geluk dan de feitelijke aan- of afwezigheid van klachten (Veenhoven, 1994; 1997). Om dit te operationaliseren is de Positieve Uitkomsten Lijst ontwikkeld (PUL; Appelo, 2005; Appelo & Schouten, 2003). Deze zelfreport lijst be-

staat uit twee subschalen: Autonomie (PUL-A) en Sociaal optimisme (PUL-S). Geluk wordt gemeten met de Happiness Index (HI, gebaseerd op Veenhoven, 1994; 1997) bestaande uit het geven van een rapportcijfer over slechts één vraag: “Hoe gelukkig bent u op dit moment?”. Welbevinden wordt geoperationaliseerd als het ervaren van autonomie, tevredenheid met sociale relaties en het ervaren van geluk.

Reacties van deelnemers

Of deelnemers de cursus waarderen, de frequentie waarmee ze oefenen en welke veranderingen zij zelf waarnemen wordt gemeten met items van de Mindfulness Evaluatie Schaal (MES). De MES is een vertaling en bewerking van een vragenlijst die ontwikkeld is aan het Center for Mindfulness van de University of Massachusetts (2000). De MES is tot op heden niet gepubliceerd.

Alle instrumenten worden afgenomen tijdens de voor-, de na- en de follow-up meting, met uitzondering van de MES die vanzelfsprekend niet tijdens de voormeting werd afgenomen.

Gegevensverwerking

Het effect van de cursus op de SCL-90, de BDI, de PUL en de HI wordt bepaald door de verschillende meetmomenten te vergelijken met de T-Toets. De veranderingen die gerapporteerd zijn op de MES werden geanalyseerd met behulp van de toets van McNemar.

Van de scores op het belang van de cursus voor de deelnemers is een gemiddelde berekend. Om uitspraken te kunnen doen over de frequentie van oefenen bij deze kleine onderzoeksgroep is ervoor gekozen de vier antwoordmogelijkheden te dichotomiseren zodat de McNemar toets kon worden toegepast. De categorieën ‘nooit’ en ‘1 à 2 keer per week’ werden samengevoegd tot ‘nooit tot weinig’; ‘3 à 4 keer per week’ en ‘5 à 7 keer per week’ werden omgezet in ‘regelmatig tot vaak’. Een selectie van antwoorden op de vraag naar veranderingen is onbewerkt in een tabel gezet.

Resultaten

Drop-out

Van de 39 respondenten zijn er twee vroegtijdig met zowel de cursus als het onderzoek gestopt. Eén vrouw met recidiverende depressies herkende na de eerste keer de boeddhistische origine van de oefeningen en was van mening dat de gereformeerde kerk waar zij lid van was deze oefeningen zou verbieden. De ander was een man die veel moeite bleek te hebben met deze vorm van training. Hij is na één sessie met de training gestopt.

Tabel 3. Vergelijking voormeting (T1), nameting (T2) en follow-up meting (T3)

	T1		T2		T3		T1 – T2		T2 – T3		T1 – T3	
	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)	T	p	T	p	T	p
AGO	10.3	(4.0)	9.4	(3.0)	9.6	(3.6)	3.1	.004	.12	.91	1.3	.19
ANG	19.2	(6.9)	17.0	(5.4)	15.9	(5.8)	3.1	.004	2.1	.05	2.7	.01
DEP	35.0	(11.5)	30.1	(11.1)	29.0	(12.1)	3.1	.005	2.0	.06	-3.2	.004
SOM	22.9	(8.6)	19.5	(6.3)	19.2	(6.9)	4.4	.000	.96	.35	2.9	.006
IN	20.3	(6.7)	17.1	(6.2)	17.0	(7.0)	4.5	.000	1.1	.29	4.3	.000
SENS	31.2	(11.0)	28.8	(10.2)	28.9	(10.5)	2.5	.02	1.4	.17	2.0	.053
HOS	8.6	(2.5)	8.0	(2.3)	8.3	(2.8)	1.7	.11	-.7	.45	.89	.38
SLA	6.3	(3.3)	6.1	(3.4)	5.2	(2.7)	.60	.56	2.5	.02	2.7	.01
PSYNEUR	162.1	(46.5)	144.4	(42.9)	149.6	(53.0)	3.7	.001	1.5	.15	2.9	.008
BDI	18.9	(10.0)	13.6	(10.4)	11.4	(10.9)	3.9	.000	2.2	.03	4.6	.000
PUL-A	19.9	(4.3)	21.7	(3.8)	21.3	(5.3)	-4.2	.000	.39	.70	-1.6	.12
PUL-S	9.4	(1.9)	9.6	(1.8)	9.4	(2.2)	-.83	.41	.44	.67	.00	1.0
HI	5.9	(1.6)	6.6	(1.3)	6.7	(1.7)	-3.9	.001	-.78	.44	-3.2	.003

Klachten

Uit tabel 3 blijkt dat er na afloop van de cursus een significante verbetering te zien is op de SCL subschalen agorafobie, angst, depressie, somatische klachten, insufficiëntie van denken en handelen, inter-persoonlijke sensitiviteit en ook op psychisch lijden in het algemeen. Tevens is er een significante daling van de score op de BDI.

Bij de vergelijking tussen de nameting en de follow-up meting blijken angst en slaapproblemen significant verbeterd te zijn, evenals depressie gemeten met de BDI.

Worden de follow-up meting en de voormeting met elkaar vergeleken dan is er een significante daling zichtbaar op de SCL subschalen angst, depressie, somatische klachten, insufficiëntie van denken en handelen, slaapproblemen en psychisch lijden in het algemeen. Respondenten rapporteren ook significant minder depressieve symptomen op de BDI.

Welbevinden

Tabel 3 laat tevens zien dat er op de PUL-A alleen sprake is van een significant verschil in ervaren autonomie in de vergelijking tussen de voor- en nameting. De PUL-S laat geen verschillen wat betreft sociaal optimisme zien. De HI vertoont het beeld dat er een significant verschil is op voor- en nameting, geen verdere verbetering tussen nameting en follow-up en wel een significante verbetering tussen voormeting en follow-up meting. Vier maanden na de training is men gemiddeld gelukkiger, gemeten met de Happiness Index, dan aan het begin van de training.

Reacties van deelnemers

Op de MES gaven deelnemers op de laatste sessie met gemiddeld een rapportcijfer 7.9 aan hoe belangrijk de training in zijn geheel voor ze is geweest. Bij follow-up was dat een 7.6.

Van de respondenten heeft direct na de training 94,3% naar eigen zeggen veranderingen aangebracht in zijn manier van leven op grond van de training.

Bij de nameting geeft 97% aan vaker of veel vaker in het moment te zijn, bij de follow-up is dat percentage 89.

Na de training geeft 94% aan door te willen gaan met formele meditatieoefeningen. Na 4 maanden is dat 83%. Deze daling is niet significant (McNemar, $p = .22$).

Wat betreft door willen gaan met het toepassen van mindfulness in het dagelijks leven zijn de percentages 94 na de cursus en 97 na follow-up.

Direct na de training geven 38 deelnemers aan regelmatig tot vaak te oefenen, terwijl één deelnemer aangeeft weinig tot nooit te oefenen. Na vier maanden, ten tijde van de follow-up, wordt er over het algemeen minder frequent geoefend (McNemar, $p = .00$). Slechts 13 deelnemers zeggen nog regelmatig tot vaak te oefenen. De resterende deelnemers oefenen nooit tot weinig.

Bij de follow-up geven 26 deelnemers aan hoe lang ze per dag oefenen. Vijf deelnemers (19%) oefenen vijftien minuten of minder per dag. Veertien deelnemers (54%) oefenen tussen de vijftien en dertig minuten, terwijl zeven (27%) deelnemers langer oefenen dan dertig minuten.

In tabel 4 staan een aantal antwoorden op de open vraag wat er is veranderd door de cursus.

Tabel 4. Door deelnemers aangegeven veranderingen

aanvaarding/acceptatie
niet (meteen) oordelen, maar toelaten
beter relativiseren
van een afstand kijken zonder er in mee te gaan
meer grip op de situatie
depressies minder erg en sneller eruit
overzicht gekregen en beslissingen genomen
bewuster van mijn gedachten en gevoelens
van een afstand kijken naar gedachten
gedachten bekijken zonder er bang voor te zijn
beter omgaan met emoties
bewust van feit dat ik zelf de lat te hoog leg
vriendelijk en aardig voor mezelf zijn hoe je het ook doet
discipline en regelmaat
duidelijker grenzen kennen en aangeven
geloof in eigen genezend vermogen
betrappen op eigen negatieve gedachten
niet perfect willen zijn, hulp accepteren
niets
ontspannen
vervelende gevoelens mogen er ook zijn
vriendelijk en aardig voor jezelf zijn, hoe je het ook doet
zelf verantwoordelijkheid voor mezelf te nemen
resetten als er een minder moment is

Discussie

In deze studie werden de effecten en de waardering van een cursus mindfulness based cognitieve therapie onderzocht. De vermindering van angst zet zich significant voort in de periode van vier maanden na de cursus. Met be-

trekking tot slaapproblemen is er aanvankelijk geen verbetering, maar wel in de follow-up periode zodat de slaap tussen voormeting en follow-up toch significant verbetert. Hier lijkt dus sprake te zijn van een uitgesteld effect. De vermindering van depressie gemeten met de BDI tijdens de cursus zet zich significant voort in de vier maanden erna. Patiënten knappen in de follow-up periode dus nog verder op van hun depressie. De overige T2-T3 resultaten zijn niet significant, hetgeen betekent dat de behaalde resultaten tijdens de cursus in de follow-up periode behouden blijven. Er is derhalve op geen enkele variabele sprake van terugval.

Verder lijken de variabelen die welbevinden meten, autonomie en geluk, bij de nameting verbeterd te zijn. De verbetering op autonomie was bij de follow-up echter niet significant. Sociaal optimisme veranderde niet. Dit zou verschillende oorzaken kunnen hebben, maar de meest voor de hand liggende verklaring lijkt dat de mindfulness cursus niet primair gericht is op het functioneren in sociale contacten. Ook andere maten die een houding ten opzichte van anderen uitdrukken, de SCL subschalen inter-persoonlijke sensitiviteit en hostiliteit verbeteren niet.

Deelnemers blijken de cursus sterk te waarderen. Een groot percentage ervaart tevens positieve veranderingen in zijn of haar leven. De frequentie van oefenen na afloop van de cursus neemt echter binnen vier maanden beduidend af. In de literatuur zijn wat betreft MBCT geen gegevens beschikbaar over de frequentie van oefenen na de cursus. Wat betreft MBSR is er een studie van Kabat-Zinn et al. (1992) naar 22 patiënten met een angststoornis drie maanden na de cursus. Van hen gaf 84% aan te mediteren of aan yoga te doen met een frequentie van drie keer of meer per week gedurende 15 tot 45 minuten. De psychiatrische patiënten die deel hebben genomen aan onze cursus hebben mogelijk meer ondersteuning nodig om de discipline op te brengen de oefeningen blijvend in hun leven te integreren. Om hieraan tegemoet te komen is het aantal vervolgbijeenkomsten inmiddels uitgebreid van een naar drie. De eerste een maand na afloop van de cursus, een tweede twee maanden daarna en een derde bijeenkomst zes maanden na afloop. Tevens is er een vervolgcursus opgestart waarin patiënten met recidiverende klachten een jaar lang maandelijks ondersteund worden om juist op momenten waarop terugval dreigt te blijven oefenen, de momenten waarop dit het hardst nodig, maar ook het moeilijkst vol te houden is.

Zoals eerder beschreven is de cursus niet stoornisspecifiek aangeboden. Het is niet bekend hoe resultaten beïnvloed zouden zijn als er wel met groepen met alleen depressieve patiënten gewerkt was. Het zou interessant zijn in vervolgonderzoek het effect en de waardering van stoornisspecifieke met die van niet stoornisspecifieke groepen te vergelijken. In deze studie is ook niet onderzocht of verschillende diagnostische categorieën ook verschillend van de cursus hebben geprofiteerd. Ook dit zou in vervolgonderzoek meegenomen kunnen worden.

Deze pilot studie heeft een aantal forse beperkingen. Het gaat om een relatief klein aantal proefpersonen en er was geen sprake van een controlegroep. Er is daarnaast niet gecontroleerd voor wijzigingen in medicatie en andere behandelingen die patiënten mogelijk nog kregen ten tijde van de cursus en de follow-up periode. Al was een aanzienlijk deel van de patiënten langdurig in zorg, bijna een kwart zelfs meer dan twee jaar, en zat men over het algemeen aan het eind van het behandeltraject, er is niet voor gecontroleerd. Er zijn twee meetinstrumenten gebruikt waarvan de betrouwbaarheid en de validiteit niet onderzocht zijn. Bovendien was de onderzoeker en een van de therapeuten dezelfde persoon. Een andere factor die van invloed zou kunnen zijn op de resultaten is de onervarenheid van de therapeuten met deze cursus. Zij gaven de cursus voor de eerste keer, wat de kwaliteit beïnvloed kan hebben, al waren beiden wel opgeleid om de cursus te geven. Gezien deze beperkingen moeten de resultaten met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden en dienen ze vooral als indicaties te worden opgevat. Dit laat echter onverlet dat het een werkzame groepsbehandeling lijkt te zijn die in de reguliere GGZ goed in te passen is, kortdurend en kosteneffectief is en tevens door de deelnemers wordt gewaardeerd.

Wat betreft vervolgonderzoek doen we de aanbeveling om ook in Nederland methodologisch sterker onderzoek te doen en om de meerwaarde van een stoornisspecifieke groep te onderzoeken. Er is daarnaast nog onvoldoende inzicht welke mechanismen er voor verantwoordelijk zijn dat mindfulness kan leiden tot symptoomreductie en gedragsverandering. Er is in deze nog veel fundamenteel onderzoek nodig. Verder zou het interessant zijn om meer zicht te krijgen op het effect van de verschillende onderdelen van het programma door een ontmantelingstudie op te zetten. Hoe belangrijk is de lichaamsscan of yoga in het programma? En wat is de specifieke bijdrage van de cognitieve therapie?

Ontwikkelingen voltrekken zich snel op dit terrein. Sinds het conceptualiseren van dit onderzoek zijn er vragenlijsten ontwikkeld die de pretentie hebben mindfulness te meten. Baer et al. (2006) onderzochten de facet structuur van vijf recent ontwikkelde vragenlijsten. Met behulp van factor analyse worden er vier factoren gevonden die onderdeel zijn van het mindfulness construct. Facetten blijken valide te zijn wat betreft de predictie van psychologische symptomen. Het zou interessant zijn een van deze lijsten te vertalen en te valideren voor het Nederlands taalgebied en in vervolgonderzoek mee te nemen.

Gedachten zijn geen feiten, maar ze kunnen wel een bijdrage leveren het toekomstig onderzoek naar mindfulness richting te geven.

Literatuur

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th. ed.)* Washington, DC: American Psychiatric Association.

- Appelo, M. & Harkema-Schouten, P. (2003). De Positieve Uitkomsten Lijst (PUL). *Gedragstherapie*, 36, 309-317.
- Appelo, M. T. (2005). *De Positieve Uitkomsten Lijst (PUL) Handleiding*. Nijmegen: Cure & Care Tests.
- Arrindel, W.A. & Ettema, J.H.M. (1986). *Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- 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.A. Smith, G.T. Hopkins, J. Krietemeyer, J. & L. Toney (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27-45.
- Baer, R.A. (2006). Preface. In: R.A. Baer (Ed.) *Mindfulness-based treatment approaches. Clinician's guide to evidence base and applications* (p. XVII). San Diego: Elsevier Academic Press.
- Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A.T. Rush, A.J. Shaw, B.F. & Emgery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A.T. (2005a). Reflections of my public dialog with the Dalai Lama. <http://mail.med.upenn.edu/~abeck/Reflections.doc>
- Beck, A.T. (2005b). A Meeting of Minds: Aaron T. Beck, M.D. and His Holiness the 14th Dalai Lama in conversation. As recorded at the opening of the International Congress of Cognitive Psychotherapy (ICCP) Convention in Göteborg, Sweden on June 13, 2005. DVD te bestellen via <http://www.beckinstitute.org>
- Bishop, S.R., Lau, M., Shapiro, S. Carlson, L., Anderson, N.D., Carmody, J., Segal, Z.V., Abbey, S., Specia, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical Psychology: science and practice*, 11, 230-241.
- Bögels, S. (2003). Boekbespreking Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. *Gedragstherapie*, 36, 57-59.
- Brown, K.W., & Ryan R.M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- Center for Mindfulness in Medicine Health Care and Society, University of Massachusetts Medical School (2000). *Mindfulness Evaluation Scale*. Worcester: niet gepubliceerd.
- Cotan (2000). Klachtenlijst, SCL-90, 1981/1986. In: A. Evers, J.C. van Vliet-Mulder & C.J. Groot (samenstellers) *Documentatie van tests en test-research in Nederland*. Assen: van Gorcum.
- Cotan (2005). Beck Depression Inventory-II, BDI-II, 2002. *Documentatie van tests en testresearch in Nederland, aanvulling 2005/01*. Amsterdam: Boom test uitgevers.

- Cotan (2006). Positieve Uitkomsten Lijst, PUL, 2005. *Documentatie van tests en testresearch in Nederland, aanvulling 2006/03*. Amsterdam: Boom test uitgevers.
- Dimijian, S., & Linehan, M.M. (2003). Defining an agenda for future research on the clinical application of mindfulness practice. *Clinical psychology: science and practice*, 10, 166-171.
- Does, A.J.W., van der (2002). *Handleiding bij de Nederlandse versie van Beck Depression Inventory-second edition (BDI-II-NL)*. Amsterdam: Harcourt Test Publishers.
- Germer, C.K. (2005). Mindfulness. What is it? What does it matter? In: C. K. Germer, R.D Siegel, & P.R. Fulton, (Eds.) *Mindfulness and Psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Goleman, D.J., & Schwartz, G.E. (1976). Meditation as an intervention in stress reactivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 456-466.
- Hayes, S.C., Masuda, A., & De Mey, H. (2003). Acceptance and Commitment Therapy: een derde-generatie gedragstherapie. *Gedragstherapie*, 36, 69-96.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hollon, S.D., & Kendall, P.C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an Automatic Thoughts Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 383-396.
- 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., Massion, M.D., Kristeller, J., Peterson, L.G., Fletcher, K.E., Pbert, L., Lenderking, W.R., & Santorelli, S.F. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 936-943.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are. Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Koster, E.H.W., Baert, S., & De Raedt, R. (2006). Aandachtstraining bij angst en depressie: een wetenschappelijke innovatie met klinische relevantie. *Gedragstherapie*, 39, 243-255.
- Korrelboom, C.W., & Broeke, E., ten. (2004). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie. Handboek voor theorie en praktijk*. Bussum: Coutinho.
- Korrelboom, K. (2005). Cognitieve gedragstherapie en 'rare therapieën'. Wat moeten we ermee? *Gedragstherapie*, 37, 225-231.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Ma, S., & Teasdale, J. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 31-40.
- Marlatt, G.A., & Kristeller, J.L. (1999). Mindfulness and meditation. In:

- W.R. Miller (Ed.) *Integrating spirituality into treatment* (pp. 67-84). Washington, DC: American Psychological Association.
- Robins, C.J., Schmidt, H., & Linehan, M.M. (2004). Dialectical behaviour therapy. In: S.C. Hayes, V.M. Folette & M.M. Linehan (Eds.) *Mindfulness and acceptance: expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford Press.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Academic Press.
- Schaap, C. (2005). Over mindlessness van gedragstherapeuten, *Gedragstherapie*, 38, 79-85.
- Schurink, G. (2004). Aandachtgerichte Cognitieve Therapie bij depressie: Een methode die past in het domein van de cognitieve gedragstherapie. *Gedragstherapie*, 37, 207-215.
- Schurink, G. (2006). Mindfulness: integratie in de cognitieve gedragstherapie. *Gedragstherapie*, 39, 281-292.
- Spaans, J., van de Kamp-Verbeij, M., & Hop, H. (2005). Mindfulness-oefeningen: een welkome bijdrage aan de behandeling van anorexia nervosa. *Directieve therapie*, 25, 277-299.
- Teasdale, J.D. Segal, Z. & Williams, J.M.G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy*, 33, 225-339.
- 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.
- Topman, R.M. (2005). Wat is mindfulness en waarom zouden we daar aandacht aan moeten schenken? *Gedragstherapie*, 38, 159-164.
- Veenhoven, R. (1994). *Correlates of happiness, 7838 findings from 603 studies in 69 nations 1911-1994. (RISBO, Studies in Social and Cultural Transformation, 3, 3 volumes)* Rotterdam: Erasmus University.
- Veenhoven, R. (1997). Advances in understanding happiness. *Revue Québécoise de Psychologie*, 18, 29-74.
- Wippoo, P. (2004). Mindfulness en gedragstherapie. *Gedragstherapie*, 37, 215-219