

Mindfulness

Joke Hellemans

- 1 Inleiding
 - 2 Mindfulness en de angstige geest
 - 3 Mindfulnessstraining
 - 4 Mindfulness voor specifieke angststoornissen
 - 5 Specifieke vaardigheid van de therapeut
 - 6 Tot slot
- Literatuur

1 Inleiding

Angststoornissen blijken redelijk goed behandelbaar met de klassieke gedrags- en cognitieve therapie (Barlow, 2002). Deze op verandering gerichte methoden worden ook wel de eerste en tweede generatie gedragstherapie genoemd. De behandelingen evenals het onderzoek zijn voornamelijk gericht geweest op symptoomreductie, tevens maat voor behandelingsucces. Op lange termijn kunnen restsymptomen en beperkingen in kwaliteit van leven blijven bestaan (Bradley, 2005; Barlow, 2002). In dit hoofdstuk zal worden besproken hoe de toepassing van mindfulness een bijdrage kan leveren aan het verder reduceren van angstklachten.

2 Mindfulness en de angstige geest

2.1 Experiëntiële vermijding

Angststoornissen worden veroorzaakt en in stand gehouden door inadequate informatie-verwerking die leidt tot een overschatting van de gevaren of waargenomen dreiging, en een onderschatting van de eigen mogelijkheden om de situatie het hoofd te bieden (Beck, Emery & Greenberg, 1985). Zo spelen misinterpretaties van lichamelijke verschijnselen in termen van catastrofale gevolgen een hoofdrol bij het ontstaan en in stand houden van de paniekstoornis. Angstgevoelens worden vervolgens in stand gehouden door pogingen om deze nare gevoelens te vermijden en te ontvluchten, de zogeheten experiëntiële vermijding. Dit begrip is geïntroduceerd door Hayes (1996) en verwijst naar het proces waarbij mensen strategieën ontwikkelen om aversieve innerlijke sensaties zoals gedachten, gevoelens, lichamelijke sensaties en herinneringen niet te hoeven ervaren. Zie ook hoofdstuk 21.

Dit vermijdingsproces wordt in de loop van de jaren een gewoonte en voltrekt zich vervolgens automatisch. Het hoofdprobleem is niet de angst, maar de angst voor de angst, en het zich schrap zetten tegen angst. Door deze vermijding kunnen de disfunctionele cognitieve inhoud en niet gecorrigeerd worden en treedt er geen habituatie op. In de traditionele cognitieve therapie richt men zich op het veranderen van deze misinterpretaties, maar gebleken is dat deze hardnekkig zijn en zich niet altijd alleen door de cognitieve processen laten veranderen (Arntz, 2002): 'Ik weet het wel, maar toch voel ik het zo'. Daarom is het opheffen van de experiëntiële vermijding van cruciaal belang.

In een nieuwe stroming, de zogenaamde derde generatie gedragstherapie, zijn hiervoor methoden en interventies ontwikkeld. Deze stroming kenmerkt zich door een heel ander paradigma: in plaats van op verandering, richt mindfulness zich op bewustwording en acceptatie. In plaats van zich bezig te houden met de inhoud van cognities, leert men zich bezig te houden met het proces van deze mentale inhoud. Zo ontwikkelde Linehan (1993) de dialectische gedragstherapie (DGT). De term dialectiek verwijst naar de combinatie van op verandering gerichte strategieën (gedragstherapie) met op acceptatie gerichte strategieën (mindfulness). Ook in de *acceptance en commitment therapy* (ACT) is acceptatie een kernbegrip. Acceptatie is nodig om de experiëntiële vermijding te doorbreken. Tot slot is de *mindfulness based cognitive therapy* (MBCT) (Segal e.a., 2002) ontwikkeld, als terugvalpreventiemodule voor mensen met recidiverende depressies. De module MBCT is gebaseerd op de al langer bestaande *mindfulness based stress reduction* (MBSR, Kabat-Zinn, 1990). Het cultiveren van mindfulness is het doel van MBCT en MBSR. Dit in het boeddhisme ontwikkelde concept blijkt zeer actueel en toepasbaar binnen de huidige psychotherapie, en voegt daar met zijn brede perspectief nog een extra dimensie aan toe.

2.2 Mindfulness

Mindfulness betekent: 'doelbewust aandacht geven aan de ervaring van moment tot moment zonder oordeel' (Kabat-Zinn, 1990). Het is de Engelse vertaling van het Pali-woord 'sati', dat betekent: aandacht, of: zich herinneren. In het Nederlands worden ook wel de woorden 'opmerkzaamheid' of 'gewaarzijn' gebruikt. Het cultiveren van mindfulness wordt gezien als een belangrijke vaardigheid om een heldere, wijze en niet-reactieve geest te kunnen ontwikkelen om uiteindelijk de werkelijkheid en onze innerlijke constructies te kennen en de conditioneringen en vervormingen van de geest te kunnen overwinnen (Hanh, 2002).

De oefeningen die hiervoor in de afgelopen eeuwen zijn ontwikkeld, zijn in westerse aangepaste vorm opgenomen in de MBSR en MBCT. Kernbegrippen hierbij zijn aandacht, bewustzijn, inzicht en compassie. Mindfulness bestaat uit drie componenten: (1) intentie, (2) aandacht en (3) houding. De definitie van Kabat-Zinn verwijst naar deze drie componenten: '(1) Doelbewust (2) aandacht geven aan de ervaring van moment tot moment (3) zonder oordeel. Ten eerste is het nodig een intentie te hebben om bewust te zijn. Het is een keuze en daarmee niet vrijblijvend. Ten tweede gaat het om het reguleren en sturen van de geest. Ten derde gaat het om een houding die zich kenmerkt door de volgende factoren: niet-oordelen, niet-streven, acceptatie, loslaten, frisse blik, vertrouwen en geduld (Kabat-Zinn, 1990). Ook compassie en mildheid worden als houding gecultiveerd. Deze factoren zijn allemaal facetten van de niet-reactieve, open en accepterende geest. Deze factoren zijn nodig om een alternatief te ontwikkelen voor onze gewoonte om ons te verzetten tegen onaangename gevoelens en gedachten. In plaats daarvan leren we erbij stil te staan en ernaar te kijken.

2.3 Mindfulness en angststoornissen

Pogingen om controle te krijgen over onze ongemakken en klachten kunnen deze juist verergeren en zo ontstaat een vicieuze cirkel van verzet. Een verandering kan pas ontstaan als er een houding ontstaat waarbij dit verzet wordt doorbroken en interne sensaties en gebeurtenissen kunnen worden ervaren zoals ze zich voordoen. Pas dan kunnen ze vervolgens gezien worden in hun perspectief, namelijk als logische, universele en voorbijgaande reacties. In dit proces vindt er exposure plaats; de vermijding wordt doorbroken en er kan habituatie en/of extinctie optreden. Het verschil met exposure binnen de tweede generatie gedragstherapie zit in het doorbreken van de experiëntiële vermijding vanuit een basishouding van acceptatie – in tegenstelling tot de veranderingsgerichtheid bij de klassieke exposure. Een arsenaal aan zorgvuldig opgebouwde oefeningen brengt de patiënt ertoe een andere, meer accepterende houding aan te nemen tegenover het beleven van interne onaangename, pijnlijke en angstige gevoelens en sensaties. Voor de exposure-oefeningen krijgen ze in de mindfulnessstraining mentale vaardigheden in handen. De mindfulness is werkzaam door het toenemen van zelfregulerende vaardigheden. De automatische geconditioneerde reactie wordt vervangen door een wijzer, adequater antwoord. De onmiddellijke reactie van het limbische systeem wordt gereguleerd door hogere mentale functies, zoals de prefrontale cortex (Lazar, 2005; Siegel, 2007; Hanson, 2009). Uit hersenonderzoek blijkt dat bepaalde gebieden in de prefrontale cortex actiever en dikker zijn geworden bij mensen die mediteren. Ook cognitieve processen blijken te veranderen, wat is aangetoond in een significante reductie in de neiging tot rumineren (Jain e.a., 2007).

3 Mindfulnessstraining

3.1 Achtergrond en ontwikkeling

Jon Kabat-Zinn, bioloog en wetenschapper, ontwikkelde in 1979 een acht weken durend programma gebaseerd op de toepassing van mindfulness. Kabat-Zinn was door zijn eigen vertrouwdheid met yoga en meditatie bewust van de heilzame kracht hiervan en integreerde deze oefeningen in een stressreductietraining voor mensen met chronische pijnklachten, deels door een ernstige ziekte, en deels door chronische stress, bij wie de medici waren uitbehandeld (Kabat-Zinn, 1990). De kern van de training is een letterlijke 'training van de geest' waardoor de deelnemers een vaardigheid ontwikkelen om zich niet meer automatisch te verzetten tegen stress en pijn, maar om er bewust bij stil te staan, waardoor er een verzachting kan optreden en bewustere keuzes tot zelfzorg gemaakt kunnen worden.

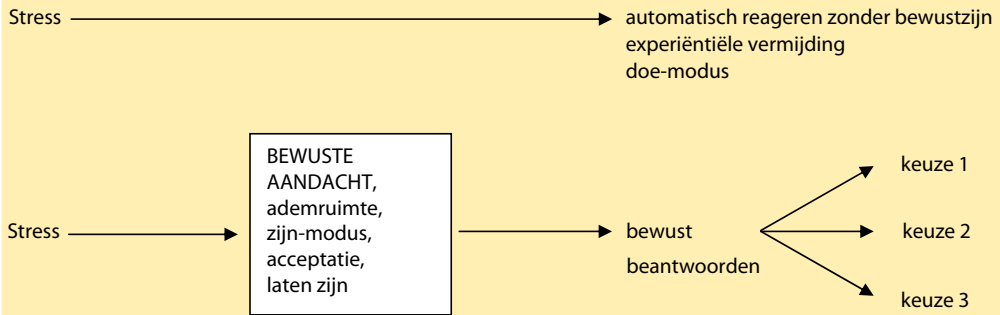
Kabat-Zinn onderzocht zijn methode op werkzaamheid, wat resulteerde in een stroom van publicaties en een gestage verspreiding van deze training in zowel de somatische als de geestelijke gezondheidszorg. In de loop van de afgelopen dertig jaar zijn er varianten en specifiekere modules ontwikkeld voor diverse klachten en doelgroepen. De bekendste toepassing hiervan is ontwikkeld door Segal, Williams en Teasdale (2002) voor mensen met recidiverende depressies, de zogeheten MBCT (mindfulness based cognitive therapy). Hoe groter het aantal depressieve episoden, hoe groter de kans op terugval. Zij vonden dat bij mensen met drie of meer depressieve episoden die op het moment van behandeling in remissie waren dat de kans op terugval 50% minder was dan bij de mensen die TAU (*treatment as usual*) hadden ondergaan. Bij mensen met twee of minder episoden werd geen significant verschil gevonden. Een verklaring hiervoor zou volgens de onderzoekers kunnen zijn dat er bij meerdere depressieve episoden meer sprake is van disfunctionele cognitieve gewoontepatronen, terwijl bij minder dan drie episoden een depressieve episode vaker samenhangt met een stressvolle levensgebeurtenis.

Waar in de MBSR veel aandacht was voor leefstijl en zelfzorg, werd bij de MBCT meer de nadruk gelegd op het anders om kunnen gaan met de – veel bij depressieve patiënten voorkomende – automatische negatieve gedachten. Hiervoor werden ook technieken uit de cognitieve therapie in de module verwerkt. In de behandeling gaat het er echter niet zozeer om de inhoud te veranderen van het systeem van gedachten, maar vooral om een andere houding aan te nemen tegenover deze gedachten, door afstand te nemen van de gedachten door *decentering* en disidentificatie. Een mooie metafoer is: achter de waterval gaan staan: een positie vanwaaruit je alle gedachten, gevoelens en lichaamssensaties kunt waarnemen, zonder erdoor te worden meegesleept (Segal e.a., 2002).

3.2 Het trainen van de geest

In de training worden diverse bewustzijnsoefeningen, ofwel vormen van meditatie aangeboden, zoals de bodyscan, zitmeditatie en yoga. Deze meditaties worden ook wel de 'formele' oefeningen genoemd. In de bodyscan raakt men vertrouwd met alle zich voordoende lichaamssensaties en leert men deze te accepteren zoals ze zijn. Bij zitmeditatie leert men de adem te gebruiken als anker en als brug naar het hier en nu, en men leert de gedragingen van de geest kennen en herkennen.

Op deze manier ontwikkelt men langzamerhand de houding van afstand van de mentale inhoud van de geest, waardoor men de gedachten kan zien als voorbijgaande gebeurtenissen van de geest waarmee men zich niet hoeft te identificeren. Onderzoek toont aan dat door

Figuur 22.1 Van automatisch reageren naar beantwoorden vanuit een bewuste keuze

mindfulnessmeditatie dit metacognitieve bewustzijn toeneemt en dat het rumineren afneemt (Teasdale, 2002; Kocovski & Rector, 2007; Ramel e.a., 2004). Door de toename van dit bewustzijn ontstaat er vrijheid om een keuze te maken, als alternatief voor de onvrije automatische vermijdingsreactie. Of zoals een cliënt het verwoordde: 'Ik reageer nu meer vanuit bewustzijn, en niet meer vanuit angst.' Zie figuur 22.1.

De yogaoefeningen zijn een vorm van meditatie in beweging en zijn behulpzaam voor mensen die erg 'in het hoofd' zitten. In een onderzoek met patiënten met sterke angstgevoelens (N = 74) gaven degenen met hoge cognitieve, lage somatische scores, ofwel de mensen die de angst voornamelijk 'in het hoofd' ervoeren, de voorkeur aan lichaamsgerichte aandachtsmeditatie zoals yoga. De hoge somatische, laagcognitieve angstgroep, ofwel de mensen die de angst en onrust voornamelijk in hun lichaam ervoeren, liet de tegenovergestelde reactie zien: zij gaven de voorkeur aan de zitmeditatie. De voorkeur voor de bodyscan, die zowel somatische als cognitieve aspecten kent, was in beide groepen gemiddeld (Kabat-Zinn, Chapman & Salmon, 1997). Naast de 'formele' oefeningen leert men ook mindfulness toe te passen in allerlei dagelijkse handelingen en situaties, zodat zowel de mindfulnessvaardigheden als de houding ook in het gewone leven kunnen worden geïntegreerd. Dit wordt ook wel de 'informele' beoefening genoemd.

In deze context worden ook de begrippen 'zijn-modus' en 'doe-modus' gebruikt (Segal, 2002). De doe-modus wordt ingeschakeld als het brein een verschil constateert tussen de huidige en de gewenste toestand. Er worden uitwegen en oplossingen gezocht. De geest doet dit door te analyseren, beoordelen, construeren, evalueren en te plannen. Dit zijn allemaal zeer nuttige mentale vaardigheden als we een praktisch probleem moeten oplossen, maar bij emotionele problemen werkt dit niet goed. Dan kunnen we beter de 'zijn-modus' inschakelen. Dit is een open accepterende niet-strevende houding waarmee je helder kunt kijken.

3.3 Vorm en opbouw van de training

De training vindt plaats in een groepssetting en duurt acht of negen weken. Het aantal deelnemers varieert van acht tot veertien deelnemers. De sessies duren een dagdeel en variëren van twee tot drie uur, afhankelijk van de doelgroep en setting. Daarnaast is er nog een stilte-oefendag tussen sessie 6 en 7. De training is lang genoeg om effect te sorteren, en kort genoeg om het intensieve programma vol te houden. Het programma is intensief mede door het

huiswerk thuis. Men wordt geacht gedurende de hele training thuis een uur per dag te oefenen. Men doet dan de begeleide meditaties met behulp van instructies op cd's. Daarnaast vult men dagelijks observatiedagboekjes in.

De kracht van de training zit hem in deze dagelijkse training. De bereidheid deze investering te doen, is dan ook een voorwaarde om deel te nemen aan de training. Het is een specifieke vaardigheid van de trainer om de deelnemers te motiveren dit huiswerk daadwerkelijk te doen. Al in de intake, en later in de training, wordt voortdurend de intentie besproken om deze oefeningen überhaupt te doen. De patiënten leren een actieve houding in te nemen en leren te zien en te ervaren dat ze zelf invloed kunnen hebben op hun welzijn.

Tabel 22.1 Het achtweekse mindfulnessprogramma in vogelvlucht

<i>Periode</i>	<i>Thema + dagelijkse oefening</i>
Week 1	Thema: Thuiskomen in je lichaam. <ul style="list-style-type: none"> – Bodyscan. – 'De automatische piloot' ontdekken en de zintuigen leren gebruiken om in het huidige moment bewust aanwezig te kunnen zijn. – Dagelijkse mindfulness.
Week 2	Thema: <ul style="list-style-type: none"> • A: Vervolg Thuiskomen in je lichaam. • B: De vriendelijke open basishouding ontwikkelen. – Bodyscan. – 10 minuten zitmeditatie (adem). – Logboek prettige gebeurtenissen. – Dagelijkse Mindfulness.
Week 3	Thema: Erbij blijven. <ul style="list-style-type: none"> – Yoga. – 20 minuten zitmeditatie (adem + lichaamssensaties). – Logboek onprettige gebeurtenissen. – Drie minuten ademruimte basis.
Week 4	Thema: Psycho-educatie stress (angst/depressie). <ul style="list-style-type: none"> – 25 minuten zitmeditatie (adem + lichaamssensaties + geluiden). – 3 minuten ademruimte basis. – Logboek stressvolle gebeurtenissen
Week 5	Thema: <ul style="list-style-type: none"> • A: Gewoonten en patronen. • B: Moelijke emoties. – 30 minuten zitmeditatie (adem, lichaamssensaties, geluiden en mentale inhouden). – Loopmeditatie. – 3 minuten ademruimte toepassen.

- Week 6 Thema: Gedachten zijn geen feiten.
- Yoga.
 - 40 minuten zitmeditatie (adem, lichaamssensaties, geluiden, mentale inhouden en keuzeloos gewaarzijn).
 - Herkennen van inadequate denkgewoonten; anders leren omgaan met negatieve of irrationele gedachten; ontwikkelen van metacognitief gewaarzijn.
 - 3 minuten ademruimte toepassen.
- STILTEDAG
- Hierin worden alle oefeningen gedaan.
- Week 7 Thema: Zelfzorg en leefwijze.
- Persoonlijk oefenprogramma maken voor de komende tijd.
 - 40 minuten zitmeditatie (adem, lichaamssensaties, geluiden, mentale inhouden en keuzeloos gewaarzijn).
 - Drie minuten ademruimte toepassen.
- Week 8 Thema: Terugvalpreventie.
- Bodyscan.
 - Drie minuten ademruimte toepassen.
 - Afsluiting.

Mindfulness is een vaardigheid die iedereen kan ontwikkelen. De oefeningen worden in de training zorgvuldig opgebouwd (zie tabel 22.1). De mindfulnessstraining onderscheidt zich van de klassieke psychotherapie door het feit dat de vaardigheden worden geoefend met niet-problematische, neutrale situaties en gevoelens. Men leert de niet-reactieve opmerkzaamheid bijvoorbeeld bij de adem, lichaamssensaties, geluiden, neutrale gedachten en gevoelens. De mentale vaardigheid is dan al enigszins ontwikkeld voordat we het gaan toepassen op aversieve, pijnlijke en moeilijke gedachten en gevoelens. Je moet tenslotte immers eerst leren zwemmen in ondiep water voordat je in een zee met hoge golven je hoofd boven water kunt houden.

3.4 Psycho-educatie

Naast de oefeningen wordt ook psycho-educatie aangeboden. We staan stil bij al onze manieren en ontwikkelde gewoonten om vervelende gevoelens niet te hoeven ervaren. Er wordt voorlichting gegeven over de aard van het angststelsel. Besproken wordt hoe de angst in stand blijft door experiëntiële vermijding en hoe ons stressstelsel fysiologisch in elkaar zit (zie ook hoofdstuk 16 en 17). Er wordt aandacht besteed aan hoe meditatie dit systeem beïnvloedt en aan het nut van het ontwikkelen van de niet-reactieve geest door meditatie (Hanson, 2009). Dit biedt vervolgens de rationale voor de oefeningen en motiveert om het intensieve oefenen thuis te doen.

Het helpt om te begrijpen waaróm het nuttig is om een halfuur stil te zitten ‘zonder iets te doen’ en alleen op de adem te letten, ofwel om te mediteren. Van belang hierbij is de zogeheten *inquiry* die plaatsvindt in de sessie als nabespreking van de oefeningen en het huiswerk. Hierin helpt de therapeut de deelnemers aan de hand van hun ervaringen tijdens de oefeningen en het huiswerk, om vertrouwd te raken met de zijn-modus en deze in de plaats te stellen van de gebruikelijke oplossingsgerichte doe-modus. De geboden informatie wordt ook in een werkboek beschreven dat aan de deelnemers wordt uitgereikt.

4 Mindfulness voor specifieke angststoornissen

Alle angststoornissen kenmerken zich door vermijding van interne en/of externe angst opwekkende prikkels. De verschillende angststoornissen onderscheiden zich door het object of de bron van de angst. Het onderzoek naar het effect van mindfulness op de specifieke angststoornissen is nog beperkt en staat nog in de kinderschoenen. Uit allerlei studies blijkt dat mindfulness based stress reduction (MBSR) een positief effect heeft op symptomen van angst en depressie. Er is echter nog te weinig gecontroleerd onderzoek gedaan, wat betekent dat we niet weten of MBSR effectiever is dan andere behandelingen (Toneatto & Nguyen, 2007).

4.1 Paniekstoornis

Bij een paniekstoornis is er door conditionering angst ontstaan voor interoceptieve stimuli, zoals het bonzen van het hart, duizeligheid of druk in het hoofd. Ook blijkt er angst te zijn voor het ervaren van emoties in het algemeen, die immers altijd een lichamelijke component hebben. In de mindfulnessstraining leert men deze lichamelijke sensaties te verdragen en te accepteren in plaats van ze onder controle proberen te krijgen. Meditatie richt zich onder andere expliciet op het leren opmerken en verdragen van alle prettige, neutrale en onprettige lichaamssensaties.

Voor mensen met een paniekstoornis kan het soms beangstigend zijn om tijdens de meditatie met de aandacht bij de adem te zijn. Het opmerken van de adem kan automatisch negatieve, inadequate gedachten en reacties oproepen ('help, ik krijg niet genoeg adem'), en dat kan door overmatige controle paradoxaal genoeg hyperventilatie teweegbrengen. Als tussenstap kunnen ze dan ook wel een ander, neutraal object van de aandacht nemen, zoals het zitvlak op de stoel. Als de mentale vaardigheid van het decentreren meer is ontwikkeld, lukt het vaak juist wel om met de aandacht bij de adem te zijn in een zijn-modus. Over het algemeen blijken mensen die hoog scoren op de dimensie experiëntiële vermijding, angstiger te zijn en minder emotionele controle te ervaren bij een hyperventilatieprovocatie dan mensen die hier lager op scoren (Feldner, 2003; Karekla, 2004). Experimenteel vergelijkend onderzoek laat zien dat een op acceptatie gerichte interventie bij een hyperventilatieprovocatie beter werkt dan een op controle gerichte interventie. Dit is zowel onderzocht in een gezonde populatie (Eiffert, 2003) als in een klinische populatie (Levitt, 2004).

Kabat-Zinn (1992) deed onderzoek naar 22 deelnemers van de MBSR die voldeden aan de DSM-diagnose GAS of paniekstoornis. De metingen werden uitgevoerd voor, tijdens en na de behandeling. Er was geen controlegroep. Bij twintig deelnemers was er een significante reductie in de angst- en depressiescores. Bij een follow-up na drie maanden waren deze resultaten nog steeds van kracht. Bij een follow-upstudie bij dezelfde groep (N = 18) drie jaar later bleek de verbetering nog steeds van kracht. Meer dan de helft bleek nog steeds regelmatig de formele oefeningen te doen en bijna allemaal deden zij de informele mindfulnessoefeningen (Miller, Fletcher & Kabat-Zinn, 1995).

4.2 Gegeneraliseerde angststoornis

GAS kenmerkt zich door extreme bezorgdheid die op de toekomst is gericht. Door overmatig piekeren probeert men controle te krijgen over een oncontroleerbare wereld, terwijl ondertussen het echte leven aan hen voorbijgaat. GAS-patiënten leven bijna constant in angst en hebben weinig contact met het hier en nu. Roemer en Orsillo (2006) ontwikkelden een behandeling van zestien individuele sessies voor deze groep. De mindfulnessinterventies

richten zich op het verbeteren van het contact met het hier en nu en op het ontwikkelen van de vaardigheid afstand te nemen van de onophoudelijke zorgelijke gedachtestroom en een metacognitief standpunt in te nemen. In hun RCT-onderzoek (N = 17) bleek sprake van omvangrijke effectgroottes (Roemer, 2006).

4.3 Sociale fobie

Naast de bekende effectieve behandelingen voor sociale fobie (cognitieve therapie, exposure, taakconcentratietraining en socialevaardigheidstraining) kan mindfulnessstraining een extra vaardigheid bieden. Bij een sociale fobie is er sprake van een overmatig zelfbewustzijn met een extreem negatieve zelfevaluatie. In de mindfulnessbenadering leert men vooral de accepterende, niet-reactieve houding tegenover de ongewenste fysiologische reacties en leert men zich er niet tegen te verzetten.

Ook leert men de catastrofale gedachten te herkennen en ten opzichte hiervan een metastandpunt in te nemen en zich er niet mee te identificeren. Door deze acceptatie ontstaat er ruimte in de geest waardoor men zich kan bezighouden met de taak, in plaats van met zichzelf. In Nederland is in Maastricht een behandeling ontwikkeld waarin de reeds eerder voor sociale fobie ontwikkelde taakconcentratietraining wordt gecombineerd met mindfulness technieken (Bögels, Sijbers & Voncken, 2006). De resultaten waren veelbelovend, maar de pilotgroep klein (N = 9).

4.4 Obsessieve-compulsieve stoornis (OCS)

Het obsessieve syndroom kun je zien als een vorm van *mindlessness*, en mindfulness zou je kunnen zien als de antithese van vele obsessieve mechanismen. Het vermijdingsgedrag bij ocs in de vorm van dwanghandelingen heeft de functie van niet te hoeven stilstaan bij de als angstig of onaangenaam ervaren innerlijke sensaties, gedachten en gevoelens. Ook hier is er sprake van experiëntiële vermijding. In de mindfulnessbenadering vragen we de patiënt de dwanghandelingen bewust en in aandacht te doen nadat ze in een eerdere fase de basisvaardigheid al hebben geleerd. Men blijkt dan een keuze te hebben om het wel of niet te doen!

Mensen met obsessieve gedachten leren de mentale vaardigheid te ontwikkelen om bewust bij de ongewenste gedachten en emoties stil te staan zonder erop te reageren en ze vervolgens te zien als voorbijgaande gebeurtenissen in de geest, en niet als feiten. Ze leren zich er niet mee te identificeren.

Over het algemeen hebben patiënten met ocs moeite met het opmerken en herkennen van en op waarde schatten van hun eigen perceptuele ervaring; ze kunnen hun eigen ervaring en verwerking van zintuiglijke input niet als kompas gebruiken; ze durven er niet op te varen, en vallen telkens terug op de vertrouwde inadequate cognitieve mechanismen (Didonna, 2009). In de mindfulnessstraining wordt door het arsenaal aan ervaringsoefeningen dit innerlijke kompas versterkt. Ze leren beter te luisteren naar en te vertrouwen op hun zintuiglijke ervaring van moment tot moment en kunnen zich dit beter herinneren. Op deze manier vormt mindfulness een soort tegengif tegen de obsessieve patronen.

Patiënten blijken met behulp van mindfulness oefeningen door de neuroplasticiteit van de hersenen de functie van het cortico-striato-thalamo-corticale circuit te verbeteren (Schwartz & Begley, 2002; Siegel, 2007) (zie ook hoofdstuk 16). Door regelmatig uitgevoerde mindfulness oefeningen te combineren met cognitieve *relabeling*, worden prefrontale-cortexmechanismen positief beïnvloed. In de behandeling die Schwartz heeft ontwikkeld, leren

ocs-patiënten eerst door psycho-educatie dat er iets in de hersenen niet goed functioneert, waarna ze door mindfulnessoefeningen andere mentale gewoonten aanleren met nieuwe neurale verbindingen. De oude inadequate mentale gewoonten doven dan vervolgens uit.

5 Specifieke vaardigheid van de therapeut

Van de therapeut die werkt met mindfulness wordt verwacht dat deze zelf gedurende enkele jaren mediteert en dit als dagelijkse praktijk in zijn leven heeft geïntegreerd. Ook voor de opleiding is dit een vereiste. Dit maakt de mindfulnessbehandeling een wat vreemde eend in de bijt: een zo intensieve persoonlijke investering wordt immers niet bij andere methoden vereist. De mindfulnessstrainer wordt geacht te belichamen wat hij overdraagt, en niet vanuit de theorie, maar vanuit zijn eigen ervaring in te gaan op de ervaringen van de patiënt in de inquiryfase.

De patiënt zal vanuit zijn habituele doe-modus praten, en wanhopig proberen het ongemak en de angst weg te maken en oplossingen te zoeken. De mindfulnessstrainer helpt de patiënt om uit de oplossingsgerichte doe-modus te stappen en onzekerheid en niet-weten beter te verdragen. Dit vraagt van de trainer een vriendelijke, open, nieuwsgierige en compassievolle houding die hij als tweede natuur voor zichzelf heeft gecultiveerd door zijn eigen beoefening (Kabat-Zinn & Santorelli, 1996; Woods, 2009). De therapeut moet de paradox kunnen hanteren van enerzijds de acceptatie, en anderzijds de intentie om iets te willen bereiken. De therapeut fungeert als rolmodel voor de houding van betrokkenheid zonder streven. 'Participants in the MBSR program learn about mindfulness in two ways: through their own practice, and when the instructor him- or herself is able to embody it in the way issues are dealt with in the class' (Segal e.a., 2002). Bovendien wordt er nogal wat gevraagd van de patiënten, namelijk dagelijks drie kwartier tot een uur te oefenen. Segal e.a. (2002) suggereren dat het voor de mindfulnessstrainer gemakkelijker is om de patiënten tot deze intensieve beoefening te motiveren indien hij zelf ook doet wat hij vraagt van de patiënten.

6 Tot slot

De mindfulnessstroming heeft een hoge vlucht genomen en is niet meer weg te denken uit de moderne psychotherapie. Mindfulness laat zich niet vangen binnen een van onze westerse psychotherapiestromingen. Mindfulness is een concept dat gekenmerkt wordt door (1) het accepteren van de ervaring, (2) een houding van compassie, (3) het vermogen zichzelf te observeren zonder oordeel, (4) het idee dat de geest zichzelf kan observeren en begrijpen, en (5) de aandacht voor de intensieve samenhang tussen lichaam en geest (Didonna, 2009). Het is een verenigend concept, waarin alle stromingen zich kunnen herkennen. De mediërende factor is het ontwikkelen van een niet-reactief bewustzijn dat in de plaats komt van automatische, onbewuste en geconditioneerde gewoonten en patronen. Uitgangspunt is dat mindfulness zich richt op onze normale geest, en niet op de falende, zieke geest. Mindfulness overstijgt het concept 'stoornis'. Hier ontmoeten het Oosten en het Westen elkaar: de geest die door mindfulness getraind is in niet-reactiviteit en in helder zien, kan dit vervolgens toepassen op zijn beperkingen en conditioneringen en zichzelf helen.

De afgelopen twee decennia heeft dit proces zijn vorm gekregen in mindfulnessmodules

die geschikt zijn voor een brede ggz-populatie, zowel preventief als curatief. Ondanks de enorme populariteit is op dit moment het onderzoek naar de effectiviteit van mindfulness bij angststoornissen echter nog zeer beperkt. Er is grote behoefte aan goed gecontroleerd onderzoek waarin de mindfulness wordt vergeleken met andere methoden. Pas dan kan de toegevoegde waarde in de klinische praktijk worden vastgesteld.

Literatuur

- Arntz, A. (2002). Cognitive therapy versus interoceptive exposure as treatment of panic disorder without agoraphobia. *Behaviour research and therapy*, 40, 325-341.
- Baer, R.A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention. A conceptual and empirical view. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 125-143.
- Beck, A.T, Emery, G., & Greenberg, R.L. (1985). *Anxiety disorders and phobias*. New York: Basic Books.
- Benson, H. (1976). *The relaxation response*. New York: Avon Books.
- Bishop, S.R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., e.a. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice*, 11, 230-241.
- Bögels, S.M., Sijbers, G.F.V.M., & Voncken, M., (2006). Mindfulness and task concentration training for social phobia: A pilot study. *Journal of cognitive psychotherapy*, 20(1), 33-44.
- Borkovec, T.D., & Sharpless, B. (2006). De gegeneraliseerde angststoornis. In S.C. Hayes, V.M. Folette, & M.M. Linehan (red.), *Mindfulness en acceptatie, de derde generatie gedragstherapie* (pp. 243-281). Amsterdam: Harcourt Book Publishers.
- Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.) New York: The Guilford Press.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American journal of psychiatry*, 162, 214-227.
- Didonna, F. (2009). Introduction: Where new and old paths to dealing with suffering meet. In F. Didonna (red.), *Clinical handbook of mindfulness* (pp. 1-14). New York: Springer.
- Didonna, F. (2009). Mindfulness and obsessive-compulsive disorder: Developing a way to trust and validate one's internal experience. In F. Didonna (red.), *Clinical handbook of mindfulness* (pp. 189-221) New York: Springer.
- Ditto, B., Eclache, M., & Goldman, N. (2006). Short-term autonomic and cardiovascular effects of mindfulness bodyscan meditation. *Annals of behavioural medicine*, 32, 227-234.
- Eiffert, G.H., & Heffner, M. (2003). The effects of acceptance versus control contexts on avoidance of panic-relates symptoms. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 34, 293-312.
- Feldner, M.T., Zvolensky, M.J., Eifert, G.H., & Spira, A.P. (2003). Emotional avoidance: An experimental test of individual differences and response suppression using biological challenge. *Behaviour research and therapy*, 41, 403-411.
- Germer, C.K. (2005). Anxiety disorders, befriending fear. In C.K. Germer, e.a. (red.), *Mindfulness and psychotherapy* (pp. 152-172). New York: The Guilford Press.
- Greeson, J., & Brantley, J. (2009). Mindfulness and anxiety disorders: Developing a wise relationship with the experience of fear. In F. Didonna (red.), *Clinical handbook of mindfulness* (pp. 171-189). New York: Springer.
- Hahn, T.N. (2002). *Leven in aandacht*. Rotterdam: Asoka.
- Hanson, R. (2009). *Buddha's brain. The practical neuroscience of happiness, love & wisdom*. Oakland: New Harbinger Publications.

- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., & Follette, V.M. (1996). Experiential avoidance and behavioural disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology, 64*, 1152-1168.
- Hout, I.W. van den (2007). Als de nood hoog is, is de aandacht nabij: Mindfulness based stress reduction voor getraumatiseerde vluchtelingen. *Cultuur migratie gezondheid, 4*, 130-140.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living*. Londen: Piatkus. [Nederlandse vertaling: Kabat-Zinn, J. (2000). *Handboek meditatie/ontspannen*. Haarlem: Becht.]
- Kabat-Zinn, J., Massion, A.O., Kristeller, J., Peterson, L.G., Fletcher, K.E., Pbert, L., e.a. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American journal of psychiatry, 149*(7), 936-943.
- Kabat-Zinn, J. Chapman, A., & Salmon, P. (1997). The relationship of cognitive and somatic components of anxiety to patient preference for alternative relaxation techniques. *Mind/Body medicine, 2*, 101-109.
- Karekla, M., e.a. (2004). Emotional avoidance and panicogenic responding to a biological challenge procedure. *Behavior therapy, 35*(4), 725-746.
- Kocovski, N.L., & Rector, N.A. (2007). Predictors of post-event rumination related to social anxiety. *Cognitive behaviour therapy, 36*, 112-122.
- Lazar, S.W., Kerr, C.E., Wasserman, R.H., Gray, J.R., Greve, D.N., Treadway, M.T., e.a. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport, 16*(17), 1893-1897.
- Levitt, J.T., Brown, T.A., Orsillo, S.M., & Barlow, D.H. (2004). The effects of acceptance versus suppression of emotions on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behavior therapy, 35*, 747-766.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioural treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- 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*(3), 192-200.
- Orsillo, S., e.a. (2006). Acceptatie, mindfulness en cognitieve gedragstherapie: Overeenkomsten, tegenstellingen en toepassingsmogelijkheden bij angststoornissen. In S.C. Hayes, e.a. (red.), *Mindfulness en acceptatie, de derde generatie gedragstherapie* (pp. 87-119). Amsterdam: Harcourt Book Publishers.
- Ramel, W., Goldin, Ph.R., Carmona, P.E., & McQuaid, J.R. (2004). The effects of mindfulness meditation on cognitive processes and affect with patients with past depression. *Cognitive therapy and research, 28*, 433-455.
- Roemer, L., Salters-Pedneault, K., & Orsillo, S. M. (2006). Incorporating mindfulness- and acceptance-based strategies in the treatment of generalized anxiety disorder. In R.A. Baer (red.), *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications* (pp. 51-74). San Diego, CA: Elsevier Academic Press.
- Segal, Z., Williams, J., & Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach for preventing relapse*. New York: The Guildford Press.
- Siegel, D. (2007). *The Mindful Brain*. New York: Norton & Company.
- Schwartz, J.M., & Beyette, B. (1996). *Brain lock: Free yourself from obsessive compulsive behaviour*. New York: Harper Collins.
- Schwartz, J.M., & Begley, S. (2002). *The mind and the brain: Neuroplasticity and the power of mental force*. New York: Regan Books.

- Teasdale, J.D., Segal, Z.V., & Williams, J.M.G. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68, 615-623.
- Teasdale, J.D., Moore, R.G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., & Segal, Z.V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70, 275-287.
- Toneatto, T., & Nguyen, L. (2007). Does mindfulness meditation improve anxiety and mood symptoms? A review of controlled research. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 52(4), 260-266.
- Urbanowski, F., & Miller, J. (1996). Trauma, psychotherapy and meditation. *Journal of transpersonal psychology*, 28(1), 31-47.
- Woods, S.L. (2009). Training professionals in mindfulness. In F. Didonna (red.), *Clinical handbook of mindfulness* (pp. 463-475). New York: Springer.

Aanbevolen bronnen

- Baer, R. (2006). *Mindfulness based treatment approaches*. Amsterdam: Elsevier Academic Press.
- Brantley, J. (2004). *Angst beheersen met aandacht*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Didonna, F. (2009). *Clinical handbook of mindfulness*. New York: Springer.
- Schurink, G. (2009). *Mindfulness, een praktische training in het omgaan met gevoelens en gewoonten*. Zaltbommel: Thema.
- Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2004). *Aandacht gerichte cognitieve therapie bij depressie*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Shapiro, S.L., & Carlson, L.E. (2009). *The art and science of mindfulness, integrating mindfulness into psychology and the helping professions*. Washington: American Psychological Association.
- Williams, M., Teasdale, J., Segal, Z., & Kabat-Zinn, J. (2007). *Mindfulness en bevrijding van depressie*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- www.livingmindfulness.nl, om cd's te bestellen.