

Mindfulness Based Cognitieve Therapie

Werkblad beschrijving interventie

Werkblad, versie mei 2015

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstututen:



Colofon

Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam organisatie : Universities of Toronto, Oxford & Cambridge (Zindel Segal, Mark Williams & John Teasdale)

E-mail :

Telefoon :

Website (van de interventie):

<http://oxfordmindfulness.org/>

Nederland: www.radboudcentrumvoorminfulness.nl

Contactpersoon

Naam : Anne Speckens

E-mail : mindfulness@radboudumc.nl

Telefoon : 024-36 68 456

Referentie in verband met publicatie

Naam auteur	Anne E.M. Speckens
interventiebeschrijving:	
Titel interventie:	Mindfulness Based Cognitieve Therapie
Databank:	GGZ
Plaats, instituut	Radboudumc Centrum voor Mindfulness
Datum	

Inhoud

Colofon	2
Inhoud	3
Samenvatting	4
Doelgroep.....	4
Doel.....	4
Aanpak	4
Materiaal.....	4
Onderbouwing.....	4
Onderzoek.....	5
1. Uitgebreide beschrijving	6
Beschrijving interventie	6
1.1 Doelgroep.....	6
1.2 Doel.....	8
1.3 Aanpak	8
2. Uitvoering	11
3. Onderbouwing	15
4. Onderzoek	18
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	18
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten	18
5. Samenvatting Werkzame elementen	23
6. Aangehaalde literatuur	24

Samenvatting

Mindfulness Based Cognitieve Therapie (MBCT) is een 8-weekse groepsinterventie, ontwikkeld voor mensen met recidiverende depressie, die gebaseerd is op principes uit de cognitieve therapie gecombineerd met training in mindfulness meditatie.

Doelgroep

MBCT is ontwikkeld voor patiënten met terugkerende depressie en effectief bevonden voor deze doelgroep. Er zijn aanwijzingen dat de interventie ook positieve resultaten heeft bij patiënten met andere psychische aandoeningen, onder andere gegeneraliseerd angststoornis, sociale fobie, post-traumatische stress stoornis, bipolaire stoornis, psychosen, verslavingsproblemen, chronisch depressieve stoornis en persoonlijkheidsproblematiek.

Doel

Het uiteindelijke doel van MBCT is het voorkomen van terugval in depressie.

Het directe/primaire doel van de interventie is een afname in piekeren en depressieve klachten en een toename in optimisme en veerkracht door het leren herkennen van - en anders omgaan met - automatische negatieve gedachtenpatronen, emotionele en lichaamssignalen.

Aanpak

MBCT is een 8-weekse groepsinterventie die aspecten van cognitieve therapie combineert met training in mindfulness meditatie. De kern van MBCT behelst het aanleren van vaardigheden aan patiënten om zich, zonder oordeel, bewust te worden van negatieve gedachten, gevoelens en lichamelijke sensaties en deze te beschouwen als voorbijgaande (mentale) gebeurtenissen in plaats van feiten.

Materiaal

Voor de uitvoering van de interventie is een trainershandleiding beschikbaar met een overzicht van de opzet van de 8 bijeenkomsten, het thema van iedere bijeenkomst, de opdrachten en het huiswerk met uitleg daarvan. Voor alle deelnemers is er een werkmap met achtergrondinformatie, opdrachten en registratieformulieren. Ook zijn er CD sets met opnames van de verschillende aandachtsoefeningen zodat deelnemers deze thuis kunnen oefenen.

Onderbouwing

Bij mensen die gevoelig zijn voor depressie krijgen neerslachtige perioden en oude cognitieve gewoonten op betrekkelijk automatische wijze de overhand. Dat heeft twee belangrijke gevolgen. Ten eerste blijft het denken in ingesleten “mentale groeven” steken, zonder dat er een effectieve uitweg gevonden wordt. Ten tweede versterkt dit gepieker zelf weer de depressieve stemming, die dan weer tot meer gepieker leidt. Zo kunnen, door zichzelf in stand houdende vicieuze cirkels, milde en voorbijgaande stemmingen escaleren tot ernstigere en ondermijnende depressieve gemoedstoestanden. Bij terugvalpreventie gaat het er om patiënten op momenten waarop een terugval dreigt, te helpen zich los te maken van deze ruminatieve, zichzelf in standhoudende mentale gewoonte. Cognitieve technieken en mindfulness vaardigheden kunnen hierbij een

belangrijke rol spelen. Kort gezegd helpen cognitieve technieken mensen om negatieve gedachten 'objectiever' te bekijken. Mindfulness technieken helpen mensen om het lijden op een andere manier te benaderen.

Onderzoek

MBCT blijkt effectiever te zijn dan gebruikelijke zorg in het verminderen van depressie bij patiënten met terugkerende depressie. Ook zijn er aanwijzingen dat MBCT gunstige effecten heeft voor mensen met een angststoornis, bipolaire stoornis, psychosen, verslavingsproblemen, chronisch depressieve stoornis en persoonlijkheidsproblematiek. Meer onderzoek is nodig om de werkzaamheid van de interventie voor doelgroepen anders dan depressie, verder te onderbouwen.

1. Uitgebreide beschrijving

Beschrijving interventie

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

MBCT is primair ontwikkeld voor patiënten met ernstige, recidiverende depressie. De interventie is voor deze doelgroep effectief bevonden (Van Aalderen et al, 2012; Geschwind et al, 2012; Piet & Hougaard, 2011). Tevens zijn er aanwijzingen dat de behandeling positieve effecten heeft onder andere bij patiënten met een gegeneraliseerde angststoornis (Hoge et al, 2013), sociale fobie (Kocovski et al, 2013), post-traumatische stress stoornis (Goyal et al, 2014), bipolaire stoornis (Perich et al, 2013), psychosen (Van der Valk et al, 2013; Khoury et al, 2013), verslavingsproblemen (Bowen et al, 2014), chronisch depressieve stoornis (Barnhofer et al, 2009) en persoonlijkheidsproblematiek (Sachse, Keville & Feigenbaum (2011). Het behandelprotocol wordt voor deze doelgroepen licht aangepast. Meer onderzoek is nodig om de werkzaamheid bij uiteenlopende doelgroepen verder te onderbouwen. Om die reden beperken we ons in deze beschrijving tot de oorspronkelijke doelgroep: patiënten met ernstige, recidiverende depressie.

Selectie van doelgroepen

Deelnemers worden in het algemeen door hun huisarts of ggz behandelaar voor de interventie verwezen. In de reguliere praktijk van de geestelijke gezondheidszorg wordt een intakegesprek gevoerd met patiënten die voor MBCT worden verwezen. In dat gesprek wordt diagnostiek gedaan, waarbij zowel de stoornissen waarvoor MBCT geïndiceerd zou kunnen zijn als de eventuele contra-indicaties besproken worden. Daarnaast wordt de behandelgeschiedenis geïnventariseerd. Absolute contra-indicaties voor MBCT zijn huidige afhankelijkheid van alcohol of andere middelen, actuele, ernstige psychose of manie en cognitieve functiestoornissen die een goed begrip van de materie onmogelijk maken. Relatieve contra-indicaties zijn alcoholmisbruik, interfererende psychosociale problemen, irrealistische verwachtingen en gebrek aan motivatie. Als andere evidence-based behandelingen, zoals medicamenteuze interventies of cognitieve gedragstherapie nog niet zijn toegepast en op dit moment meer geëigend lijken, ligt het voor de hand MBCT later in het behandeltraject aan te bieden. MBCT kan dan behulpzaam zijn in de behandeling van of leren omgaan met residuele klachten dan wel terugvalpreventie. Deze afwegingen worden uiteraard door de zich voortdurend ontwikkelende evidence base voor de toepassing van MBCT voor verschillende doelgroepen beïnvloed.

Betrokkenheid doelgroep

De doelgroep is niet betrokken geweest bij de ontwikkeling van MBCT. MBCT is ontwikkeld door wetenschappers Segal, Williams & Teasdale (2002) die er in 2000 een eerste trial bij patiënten met recidiverende depressie over publiceerden. De doelgroep is wel indirect betrokken bij de doorontwikkeling van de interventie. Naar MBCT is namelijk niet alleen kwantitatief, maar ook veel kwalitatief onderzoek gedaan. Hierbij staan de ervaringen van de deelnemers met de

interventie centraal. Deze ervaringen worden gebruikt om de interventie verder te ontwikkelen en aan te passen aan de verschillende doelgroepen.

1.2 Doel

Hoofddoel

Het uiteindelijke doel van MBCT is het voorkomen van terugval in depressie bij mensen met ernstige, recidiverende depressie.

Het directe/primaire doel van de interventie is een afname in piekeren en depressieve klachten en een toename in optimisme en veerkracht door het leren herkennen van - en anders omgaan met - automatische negatieve gedachtenpatronen, emotionele en lichaamssignalen.

Subdoelen

MBCT kent drie subdoelen in de vorm van drie opeenvolgende 'stappen' waaraan MBCT wil bijdragen.

Stap 1: Het bewust worden van negatieve of belemmerende gedachten, emoties en lichamelijke sensaties.

Stap 2: Gewaarwordingen, gedachten en gevoelens op een andere manier benaderen - meer specifiek: ongewenste gevoelens en gedachten met bewuste aanvaarding en erkenning tegemoet treden, in plaats van met ingesleten, automatische, voorgeprogrammeerde mentale gewoonten die problemen doorgaans alleen maar in stand houden.

Stap 3: De beste reactie leren kiezen op alle onaangename gedachten, gevoelens en situaties waarmee mensen geconfronteerd worden.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

De MBCT training is een 8-weekse groepsinterventie die bestaat uit 8 wekelijkse bijeenkomsten van 2 – 2,5 uur. Tussen sessie 6 en 7 vindt een stilledag plaats van 6 uur. Deelnemers moeten thuis dagelijks oefenen met CD's gedurende 30 – 45 minuten per dag. De groepen bestaan uit 8-12 deelnemers. Afhankelijk van de groepsgrootte wordt de training door een of twee trainers gegeven. MBCT combineert aspecten van cognitieve therapie met training in meditatie.

Inhoud van de interventie

De kern van MBCT behelst het aanleren van vaardigheden aan patiënten om zich, zonder oordeel, bewust te worden van negatieve gedachten, gevoelens en lichamelijke sensaties en deze te beschouwen als voorbijgaande (mentale) gebeurtenissen in plaats van feiten. Door middel van aandachts- en bewustwordingsoefeningen, leren participanten de volgende kernvaardigheden:

1. Concentratie: Het vermogen de aandacht op een bepaald punt te richten en daar te houden.
2. Bewustzijn van/ aandacht voor gedachten, gevoelens en lichamelijke gewaarwordingen.
3. In het moment blijven: Het vermogen om de aandacht op het hier en nu te vestigen in plaats van het verleden of de toekomst.
4. Decentreren: Het vermogen om je niet te vereenzelvigen met gedachten, gevoelens en gewaarwordingen.
5. Aanvaarding / non-aversie: Het vermogen te aanvaarden wat er is in plaats van te vervallen in gedachtepatronen van afkeer of verlangen.
6. Loslaten: Het vermogen te voorkomen dat je in nutteloze cycli verzeilt raakt en om er uit te kunnen stappen.

7. Zijn in plaats van doen: Het vermogen te 'schakelen' van een 'doe-modus' naar een 'zijn-modus'.¹
8. Je aandacht richten op de plek in je lichaam waar zich een probleem manifesteert: Het vermogen het lichaam te gebruiken als voertuig om te leren om te gaan met ervaringen.

De vaardigheden worden aangeleerd in een reeks van acht sessies die volgens een vast patroon verlopen:

- Welkom
- Aandachtsoefening
- Nabespreking van oefening
- Bespreking huiswerk
- Psycho-educatie over thema van de week
- Nieuwe huiswerkopdracht

In onderstaand schema wordt beschreven welke thema's in de sessies centraal staan en wat voor soort oefeningen worden gedaan.

Sessie	Thema	Onderdelen
1.	Herkennen van de automatische piloot	Rozijn oefening Bodyscan meditatie
2.	In ons hoofd wonen	Bodyscan meditatie Oefening gedachten en gevoelens Logboek prettige gebeurtenissen Tien minuten zitmeditatie – aandacht voor ademhaling
3.	De verdeelde geest naar een punt brengen	Zie- of hooroefening Zitmeditatie Drie minuten ademruimte -standaard Strekken en meditatie met adem en lichaam. Logboek onprettige gebeurtenissen
4.	Afkeer herkennen	Zie- of hooroefening Zitmeditatie Vragenlijst automatische gedachten. Drie minuten ademruimte -coping Lopen in aandacht
5.	Toelaten/accepteren van wat er is	Zitmeditatie Ademruimte-oefening gedicht
6.	Gedachten zijn geen feiten	Zitmeditatie Oefening stemmingen, gedachten en andere gezichtspunten. Ademruimte en bespreking Bespreken kenmerken terugval
7	Hoe kan ik het beste voor mezelf zorgen?	Zitmeditatie Oefening om verbanden tussen activiteit en stemming te onderzoeken Plan maken Ademruimte Plan maken signalering terugval Ademruimte of mindful lopen
8	Het geleerde vasthouden en uitbreiden	Bodyscan meditatie Evaluatie cursus Meditatie

¹ De 'doe-modus' richt zich op welomschreven doelen en zet de huidige toestand af tegen de verwachte, gewenste of wenselijke toestand. Ervaring krijgen met de zijn-modus en die naar believen kunnen binnengaan is een effectief alternatief wanneer depressief makende doe-gewoonten zich aaneenrijgen.

2. Uitvoering

Materialen

Wervingsmaterialen:

- Wervingsfolders, website, aanmeldingsformulier, intakegesprekken, screeningsvragen. Er wordt zowel schriftelijk als mondeling informatie gegeven over de opzet en de inhoud van de MBCT-trainingen.

Materialen voor de uitvoering:

- Trainershandleiding voor de MBCT-trainers met overzicht van de opzet van de 8 bijeenkomsten, het thema van iedere bijeenkomst, de opdrachten en het huiswerk met uitleg daarvan.

Materialen voor de doelgroep:

- Werkmap voor alle deelnemers met achtergrondinformatie, opdrachten en registratieformulieren.
- CD sets met opnames van de verschillende aandachtsoefeningen zodat deelnemers thuis kunnen oefenen.

Materiaal voor evaluatie:

- Vragenlijsten ten behoeve van benchmarking, routine outcome monitoring en vaak ook in het kader van wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van mindfulness in een bepaalde doelgroep.
- Evaluatievragen.

Handboeken:

Het belangrijkste handboek over MBCT, waarin het protocol van MBCT staat beschreven, is het boek *Mindfulness en cognitieve therapie bij depressie* (2^e editie) van Segal, Williams, & Teasdale (2013). Ook van vele aangepaste protocollen, zoals de toepassing van mindfulness bij psychose (Gaudiano, 2015), bipolaire stoornis (Deckersbach et al, 2014) en persoonlijkheidsstoornissen (Veerkamp, 2014), zijn er handboeken verschenen.

In Nederland wordt het protocol zoals bekend uit de angelsaksische literatuur grotendeels ongewijzigd toegepast. Wel gebruiken vele instellingen een eigen versie van het werkboek voor de deelnemers, aangepast aan de eigen huisstijl. Inhoudelijk verschillen deze werkboeken weinig van elkaar.

Locatie en type organisatie

De MBCT trainingen worden gegeven in GGZ instellingen.

Opleiding en competenties van de uitvoerders

Professionele achtergrond in de (geestelijke) gezondheidszorg, zoals psychiater, psycholoog, maatschappelijk werker, verpleegkundige of vaktherapeut, met minimaal HBO niveau.

- Voldoen aan de kwalificatie criteria categorie 1 van de Vereniging voor Mindfulness-Based Trainers in Nederland en Vlaanderen (VMBN):
 - o **opleiding aangaande het geven van MBSR / MBCT**

- Aantal uren scholing in MBSR / MBCT: 150 uren waarvan de verschillende onderdelen een samenhangend geheel vormen.
- Vaardigheidstraining betreft training in het aanbieden van formele en informele MBSR / MBCT oefeningen.
- Theorie en praktijk van psycho-educatie uit MBSR / MBCT.
- Theorie en praktijk van inquiry uit MBSR / MBCT.
- Theoretische onderbouwing van MBSR / MBCT en reflectie erop.
- Minimaal drie uur supervisie (supervisor is zelf trainer cat.1).
- Gebruik van adequaat (eigen of andermans) cursusmateriaal zoals cd's, werkboek, draaiboek, zoals ontwikkeld door Kabat-Zinn of Segal, Willims en Teasdale.
- Ervaring in het zelf geven van trainingen MBSR / MBCT.
- Een uitgeschreven reflectieverslag van een MBSR / MBCT training
- **meditatiebeoefening en retraites**
 - Minimaal 3 jaar regelmatig mediteren en het volgen van retraites in de mindfulnessstraditie (bv. MBSR, Vipassana, Zen, Shambala, Dzogchen).
- **mindfulnessstraining als deelnemer**
 - Deelname als cursist aan het 8-weekse programma Stressreductie door Aandachttraining of Aandachtgerichte Cognitieve Therapie bij een ervaren MBSR / MBCT trainer.
- **bijscholing**
 - MBSR / MBCT trainers verplichten zich tot regelmatige bijscholing. Per 2 jaar worden minstens 7 dagen nascholing bezocht, waartoe ook retraites gerekend worden.
- **training geven:**
 - per 2 jaar worden minstens 2 trainingen in MBSR / MBCT aangeboden.

Kwaliteitsbewaking

Tijdens de opleidingen worden de benodigde competenties van de trainers geëvalueerd met behulp van de Mindfulness-Based Interventions: Teaching Assessment Criteria (Crane et al., 2012): adherentie aan het curriculum, relationele vaardigheden, belichaming van mindfulness, instrueren van de oefeningen, didactisch en interactief onderwijs en groepsdynamische vaardigheden. Verder wordt de kwaliteit bewaakt door:

- Supervisie en intervisie bijeenkomsten van trainers.
- Na- en bijscholingsactiviteiten.
- In wetenschappelijk onderzoek en opleidingssituaties door het beoordelen van video-opnames van bijeenkomsten aan de hand van gestandaardiseerde criteria (MBI-TAC).

Randvoorwaarden

Voor het uitvoeren van de interventie zijn noodzakelijk:

- Psychiaters, GZ- of klinisch psychologen voor de indicatiestelling.
- Gekwalificeerde mindfulness trainers.
- Geschikte ruimte en materiaal.
- Mogelijkheid tot het aanbieden van stiltedagen en terugkombijeenkomsten.

Implementatie

Tot voor kort maakte MBCT bij de meeste GGZ instellingen deel uit van het behandelaanbod. Sinds het College voor Zorgverzekering in 2014 besloot dat MBCT alleen voor patiënten met

recidiverende depressie in het basispakket zou blijven, is MBCT door veel instellingen weer afgestoten.

GGZ-professionals die belangstelling hebben om zich te scholen tot mindfulness-trainer kunnen terecht bij de volgende door de VMBN geaccrediteerde opleidingen:

- Radboudumc Centrum voor Mindfulness
- Instituut voor Mindfulness Nederland
- Centrum voor Mindfulness Amsterdam, gehele programma
- See True Mindfulness opleiding, gehele certificeringsprogramma

Deze opleidingen hebben een duur van tenminste 1,5 jaar.

Bij- en nascholingsactiviteiten worden naast de VMBN ook door de andere beroepsvereniging van mindfulness trainers, de Vereniging voor Mindfulness, georganiseerd. De twee beroepsverenigingen zijn met elkaar in gesprek om te komen tot een, gemeenschappelijke, beroepsvereniging.

Kosten

Als mindfulness in de generalistische Basis GGZ wordt aangeboden, zal dit volgens de tarieven die voor 2015 zijn vastgesteld € 1.234 kosten (Tariefbeschikking generalistische Basis GGZ (TB-5076-01)).

Als het vanwege de complexe problematiek in het kader van de specialistische GGZ wordt aangeboden, zijn de kosten voor een DBC van 800 – 1800 minuten voor depressie €2517 (Tariefbeschikking gespecialiseerde GGZ, TB/C-5074-02).

Wat betreft personele inzet kost een mindfulness training:

- 3 uur directe tijd voor het intakegesprek
- 3 uur indirecte tijd voor de evaluatie en de verslaglegging van het intakegesprek
- 8 x 2,5 uur directe tijd voor de wekelijkse zittingen
- 8 x 2 uur indirecte tijd voor de voorbereiding en verslaglegging van de zittingen
- 1 x 6 uur directe tijd voor de stiltedag
- 1 x 2 uur indirecte tijd voor de voorbereiding en verslaglegging van de stiltedag
- 1 uur directe tijd voor de evaluatie
- 1 uur indirecte tijd voor de evaluatie

Wat betreft de materiële kosten zijn die beperkt tot:

- Huur ruimte
- Materiaal: matten, kussens, bankjes
- Trainershandleiding (€20)
- Werkmappen (€5)
- CD sets (€15)
- Lunch stiltedag

De kosten van de opleiding tot mindfulness variëren. De kosten voor de 1,5 jaar durende opleiding bij het Radboudumc Centrum voor Mindfulness, waarin supervisie is inbegrepen, bedragen €6390. De kosten van de door de beroepsvereniging vereiste bij- en nascholing van 7 dagen per 2 jaar worden geschat op €1000. De kosten voor individuele supervisie zijn €120 voor 1,5 uur of €240 voor een sessie van 2,5 uur in een groep van drie personen.

3. Onderbouwing

Probleem

Een depressie is een ernstige stemmingsstoornis die gepaard gaat met een neerslachtige stemming en verlies aan interesse in bijna alle dagelijkse activiteiten. Ook leidt een depressie tot een veranderde eetlust, een verstoord slaappatroon, veranderingen in activiteitsniveaus, vermoeidheid, schuldgevoelens, een verminderde capaciteit om zich te concentreren en suïcidale gedachten. In de toptienlijst van ziekten die de grootste ziektelast veroorzaken neemt depressie de vierde plaats in (zevende plaats voor mannen en vierde plaats voor vrouwen) (Nationaal Kompas, RIVM). Naar schatting hadden in 2011 550.300 volwassenen tussen 18 en 65 jaar een depressieve stoornis (*NEMESIS-2*, *De Graaf et al., 2010a*).

De depressieve stoornis heeft vaak een recidiverend beloop. Bij 40% van de mensen met depressie keert de aandoening binnen 2 jaar terug (Spijker, 2002). Bij mensen die drie of meer eerdere depressies hebben gehad, is deze kans 90%. De best bekende risicofactoren voor een recidief-episode zijn een eerder opgetreden recidief-episode en partieel herstel of restsymptomen na herstel van een depressieve episode (o.a. Hardeveld e.a. 2010 en 2012, Beshai e.a., 2011). Zelfs geringe restsymptomen vergroten de kans op terugval (Bockting e.a., 2005, Ten Doesschate e.a., 2010, Beshai e.a., 2011). Ook mensen met een bipolaire stoornis hebben te maken met depressieve episoden welke daarbinnen de grootste factor in de ziektelast vormen (El-Mallakh, R.S., & Ghaemi, S.N., 2006).

In de wetenschappelijke literatuur worden recidiverende depressieve stoornissen met incompleet herstel tussen de episodes tot chronische depressies gerekend (McCullough et al, 2003). De schatting is dat in specialistische behandelcentra meer dan 30% van de behandelde patiënten reeds een chronisch beloop kent (Rush e.a., 1995). Mensen met recidiverende en chronische depressieklachten zijn veelal langdurig in zorg. Een deel van hen kan worden gecategoriseerd als 'EPA'. De consensuschatting van het percentage patiënten met een depressie in de 'EPA' categorie is 10% (Delespaul, en de consensusgroep epa, 2013). Zij hebben niet alleen last van hun ziekte, maar krijgen mede als gevolg daarvan ook allerlei problemen op andere vlakken (maatschappelijk en sociale relaties) die op hun beurt de problemen weer verergeren. Naast de mensen waarbij depressie de primaire aandoening is, komen comorbide depressieve klachten veel voor bij mensen met EPA (Whisman, 2008). Schattingen hierover ontbreken.

Naast de ingrijpende gevolgen op individuniveau is depressie op bevolkingsniveau één van de duurdere ziekten. In 2011 bedroegen de kosten van zorg voor mensen met een depressie 1,6 miljard euro. Hiervan ging het grootste deel naar de geestelijke gezondheidszorg (69%), gevolgd door de ouderenzorg (15%).

Oorzaken

In hun boek "Mindfulness en Cognitieve Therapie" beschrijven Segal, Williams & Teasdale (2013) de hypothetische veronderstellingen over de oorzaken van vatbaarheid voor depressieve klachten. Wat in hun ogen met cognitief kwetsbare mensen gebeurt, is het volgende: in neerslachtige perioden krijgen oude cognitieve gewoonten op betrekkelijk automatische wijze de overhand. Dat heeft twee belangrijke gevolgen. Ten eerste blijft het denken in ingesleten "mentale groeven" steken, zonder dat er een effectieve uitweg gevonden wordt. Ten tweede versterkt dit gepieker zelf weer de depressieve stemming, die dan weer tot meer gepieker leidt. Zo kunnen, door zichzelf in stand houdende vicieuze cirkels, milde en voorbijgaande stemmingen escaleren tot ernstigere en ondermijnende depressieve gemoedstoestanden. Volgens hen gaat het er bij terugvalpreventie om patiënten op momenten waarop een terugval dreigt, te helpen zich los te maken van deze ruminatieve, zichzelf in standhoudende mentale gewoonte (p. 31).

Onderliggende theorie van MBCT is de “Interactive subsystems theorie” (Barnard & Teasdale, 1991). Deze theorie gaat ervan uit dat er een (beperkt) aantal fundamentele mentale modi ten grondslag ligt aan een grote verscheidenheid aan geestelijke activiteiten. Bij het ontstaan van depressieve stemmingen lijkt de balans tussen de zogenaamde ‘doe-modus’ en de ‘zijn-modus’ verstoord. De ‘doe-modus’ is een mentale modus die als taak heeft om dingen voor elkaar te krijgen, bepaalde doelen te bereiken. De basisstrategie om dergelijke doelen te bereiken is de discrepantiemonitor: we vormen ons een idee hoe we willen dat de dingen zijn, of hoe we denken dat ze zouden moeten zijn. Vervolgens vergelijken we dit met ons idee van hoe de dingen nu zijn. Als er een verschil bestaat tussen hoe de dingen zijn en hoe we willen dat ze zijn, genereren we gedachten en handelingen om de kloof hiertussen te proberen te dichten. Er is op zichzelf niks mis met deze doe-modus. Echter, wanneer het onderwerp van de gestelde doelen *het zelf* is, is het veel moeilijker om deze los te laten op het moment dat we geen effectieve handelingen kunnen vinden om de discrepantie te dichten. In plaats daarvan gaat de geest, veelal onbewust, in kringetjes rondraaien, en zich steeds meer vereenzelvigen met de discrepantie. Dit voortdurend nadenken over dat we niet zijn zoals we zouden willen zijn, ligt ten grondslag aan de ruminatieve gedachtenpatronen die een terugval in depressie veroorzaken.

Aan te pakken factoren

Het MBCT-programma richt zich primair op het proces van vervallen in automatische, voorgeprogrammeerde gedachtenpatronen/ gewoonten, veroorzaakt door een overheersing van de ‘doe-modus’. Dit proces is namelijk te beïnvloeden. De kernvaardigheid die het MBCT-programma deelnemers probeert bij te brengen is het vermogen om gemoedstoestanden die worden gekenmerkt door zichzelf in stand houdende patronen van ruminerend, negatief denken, *te herkennen* (zie ook subdoel stap 1), op een andere manier *te benaderen* (zie ook subdoel stap 2) en er *anders op te reageren* (zie ook subdoel stap 3).

Verantwoording

Het belangrijkste instrument om de gestelde doelen te bereiken, is het weloverwogen inzetten van **cognitieve technieken** en technieken voor aandacht en bewustzijn uit de **Boeddhistische psychologie (mindfulness)**.

Cognitieve therapie gaat ervan uit dat het niet de gebeurtenissen zelf zijn die een mens negatieve gevoelens bezorgen en daardoor een bepaald gedragspatroon, maar de gekleurde bril waardoor hij de dingen ziet. Door deze 'disfunctionele' gedachten om te buigen en te leren om gebeurtenissen anders te interpreteren komt er een objectievere kijk op de eigen gevoelens en waarnemingen en kunnen negatieve gevoelens verdwijnen, waardoor ook het gedrag verandert. Bij het uitwerken van meer realistische standpunten en gedachten maakt de therapeut gebruik van specifieke cognitieve oefeningen en huiswerkafspraken. Van cognitieve therapie is bekend dat het de kans op terugval in depressie verkleint, meer nog dan een behandeling met antidepressiva (Vittengl et al, 2007). Dit geldt zowel bij behandeling tijdens de acute fase van depressie als na herstel (ter preventie van recidief).

De boeddhistische psychologie vertrekt vanuit het idee dat lijden een gegeven is, een onderdeel van de menselijke conditie en dat lijden veroorzaakt wordt door hechting (het niet kunnen loslaten) en afkeer (als dingen niet zijn zoals we willen dat ze zijn) (Teasdale & Chaskalson, 2011a). Het is ook binnen deze traditie een kernpunt dat de manier waarop wij dat lijden tegemoet treden, bepaalt hoe wij in het leven staan. De oorzaak van buitensporig lijden is een mismatch tussen de manier waarop wij dingen willen zien en de ware aard van de werkelijkheid, een aspect dat in het Boeddhisme ‘onwetendheid’ wordt genoemd. De boeddhistische psychologie gaat ervan uit dat het lijden getransformeerd kan worden door te veranderen *wat* de geest verwerkt, *hoe* de geest dit verwerkt en door de *kijk op hetgeen wordt verwerkt* (Teasdale & Chaskalson, 2011b). Belangrijk startpunt is het leren hoe men intentioneel het focus van de aandacht kan verschuiven. Mindfulness is een techniek om dit te leren. Het omvat een vorm van meditatie waarin men zich op

een niet-reactieve manier bewust is van de lichamelijke sensaties, emoties en gedachten in het huidige moment.

Binnen MBCT zijn technieken uit beide tradities verenigd. De interventie combineert technieken van cognitieve herstructurering met meditatietechnieken.

Om subdoel stap 1 te bereiken richt de interventie zich op het aanleren van:

- Concentratie
- Het bewust- worden van gedachten, gevoelens en lichamelijke gewaarwordingen
- In het moment blijven

Om subdoel stap 2 te bereiken richt de interventie zich op het aanleren van:

- Decentreren: het leren loskoppelen van het zelf met gedachten, gevoelens en lichamelijke gewaarwordingen
- Acceptatie en aanvaarding van wat er is
- Zelfcompassie/ een vriendelijke grondhouding

Om subdoel stap 3 te bereiken wordt er ingezet op het oefenen van:

- Loslaten
- Schakelen tussen de 'doe-modus' en de 'zijn-modus' (meer 'mindful' zijn)
- Het lichaam gebruiken als voertuig om anders met gewaarwordingen om te gaan.

Onderzoek naar specifiek MBCT ondersteunt de aannames dat de interventie bijdraagt aan zijn doelen. Zo laat onderzoek van Dimidjian & Segal (*in press*) zien dat MBCT bijdraagt aan concentratie (subdoel stap 1), een toename van mindful zijn (subdoel stap 3) en compassie (subdoel stap 2), een afname in piekeren, een toename in veerkracht en optimisme en een afname in depressiviteit en angst (primair doel). Onderzoek van Kuyken et al (2010) ondersteunt de aanname dat MBCT leidt tot een toename in mindfulness vaardigheden (subdoel stap 3) en zelfcompassie (subdoel 2) en een afname in depressieve klachten (primair doel). In dit onderzoek waren de verhoogde mate van mindfulness en zelfcompassie een significante voorspeller voor depressieve klachten dertien maanden later. Degenen die geleerd hadden compassievol te zijn naar zichzelf, ondanks dat ze misschien gelijke of zelfs meer cognitieve reactiviteit vertoonden, waren degenen die het meest waarschijnlijk tegen toekomstige depressie waren beschermd. In onderzoek van Van Aalderen et al (2012) werd gevonden dat MBCT leidt tot mindfulness vaardigheden (subdoel stap 3) en acceptatie (subdoel stap 2) en een afname in depressieve klachten (primair doel). Er werden bovendien aanwijzingen gevonden voor het mediërend effect van mindfulness vaardigheden, in het bijzonder acceptatie, voor het effect van MBCT in het verminderen van depressieve klachten.

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

Bij dit onderdeel vatten we een kwalitatieve studie samen, die in Nederland is uitgevoerd.

Artikel 1

- A. van Aalderen, Breukers, Reuzel & Speckens (2012)
- B. Dit onderzoek betreft een exploratieve studie naar de rol van de mindfulnesstrainer tijdens de training vanuit het perspectief van zowel de deelnemers als de trainer zelf. Gebruikte methodes betreffen diepte-interviews met trainers (N=9) en deelnemers (N=10), een focusgroepinterview met trainers (N=6) en deelnemer observatie gedurende een 8-weken durende Mindfulness-Based Cognitieve Therapie. De deelnemers leden allemaal aan terugkerende depressieve symptomen en hadden in het verleden minstens drie depressieve episodes meegemaakt (gem. leeftijd 47.2). De deelnemers werden uit de onderzoeksgroep van een gerandomiseerde gecontroleerde trial geselecteerd op basis van purposive sampling. De trainers hadden gemiddeld 4 jaar ervaring in het geven van mindfulness-based trainingen (gem. leeftijd 53.8).
- C. Zowel deelnemers als trainers geven aan dat er bij mindfulnessstraining sprake is van een specifiek andere relatie dan in een therapeutische setting. Thematische analyse van deze relatie resulteerde in vier hoofdthema's: belichaming, empowerment, non-reactiviteit en peer ondersteuning. Belichaming is hierin het belangrijkste thema: de trainer fungeert als rolmodel in de belichaming van kwaliteiten als acceptatie, niet-oordelen en compassie. Deelnemers en trainers benoemen de eigen beoefening van mindfulness door de trainer hierin als cruciaal. Dit komt overeen met het theoretisch kader (Van Aalderen et al., 2012). Non-reactiviteit in de relatie tot de trainer werd zowel positief als negatief ervaren door deelnemers, sommigen vonden dit als een spiegel werken en anderen hadden een 'warmere' relatie met de trainer fijner gevonden. Non-reactiviteit was echter ook een belangrijk onderdeel van empowerment in de zin dat de training deelnemers onmiddellijk zelf aan het werk zet en meteen de eigen verantwoordelijkheid aanspreekt. De relatie met de trainer is in vergelijking met een therapeut hierdoor 'minder afhankelijk'. De trainers ervaren de non-reactiviteit als positief, zij geven aan minder de verantwoordelijkheid voor het oplossen van problemen te voelen.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

Er is veel onderzoek gedaan naar MBCT, zowel in binnen- als buitenland. In deze beschrijving beperken we ons tot het onderzoek naar depressie.

Onderzoek in Nederland

Depressieve stoornis, recidiverend

Artikel 1

- A. Huijbers, Spinhoven, Spijker, Ruhé, van Schaik, van Oppen, Nolen, Ormel, Kuyken, van der Wilt, Blom, Schene, Donders & Speckens (2016).
- B. Een multicenter gerandomiseerd non-inferiority trial bij 249 volwassenen met drie of meer eerdere depressieve episoden die antidepressieve medicatie gebruikten. Deelnemers werden gerandomiseerd over MBCT in combinatie met hun medicatie en MBCT waarbij de antidepressieve medicatie werd afgebouwd. De primaire uitkomstmaat van de trial was relapse/recurrence in het jaar volgend op de interventie.
- C. Veel patiënten in de afbouwgroep bleken toch niet bereid om hun medicatie af te bouwen, slechts 68 (53%) voldeden hieraan. De relapse/recurrence rate in de patiënten die na de

MBCT training hun antidepressieve medicatie hadden afgebouwd was hoger dan de vooraf afgesproken non-inferiority marge. De twee groepen bleken echter niet te verschillen in ernst van de depressieve klachten gedurende de follow-up periode. Geconcludeerd werd dan ook dat het afbouwen van antidepressieve medicatie na het volgen van een MBCT training niet wordt aanbevolen.

Artikel 2

- A. Huijbers, Spinhoven, Spijker, Ruhé, van Schaik, van Oppen, Nolen, Ormel, Kuyken, van der Wilt, Blom, Schene, Donders, Speckens (2015).
- B. Een multicenter gerandomiseerd onderzoek bij 68 volwassenen met drie of meer eerdere depressieve episoden naar het additioneel effect van MBCT bij het gebruik van antidepressieve onderhoudsmedicatie. De primaire uitkomstmaat van de trial was relapse/recurrence in het jaar volgend op de interventie.
- C. Er waren geen verschillen tussen de twee groepen in termen van relapse/recurrence rate dan wel ernst van depressieve symptomen gedurende de follow-up periode. Opgemerkt moet worden dat een groot deel van de deelnemers die in controlegroep waren gerandomiseerd op eigen initiatief alsnog een mindfulness training hebben gevolgd (N=8 (23%).

Artikel 3

- A. van Aalderen JR, Donders AR, Peffer K, Speckens AE (2015).
- B. Een prospectief longitudinaal cohort onderzoek van MBCT bij 182 volwassenen met drie of meer eerdere depressieve episoden, die ofwel in remissie (N=124) ofwel depressief (N=58) waren. Het verloop van de depressieve klachten, rumineren, mindfulness vaardigheden en kwaliteit van leven gedurende de interventie en bij follow-up na 1 jaar werd in kaart gebracht.
- C. MBCT resulteerde in een afname van depressieve klachten en rumineren en een toename van mindfulness vaardigheden en kwaliteit van leven. De verbetering van depressieve klachten, mindfulness en kwaliteit van leven consolideerde tijdens de follow-up periode van 1 jaar, rumineren verbeterde zelfs nog meer. Het beloop van patiënten in remissie en diegenen die bij de start van de MBCT depressief waren was hetzelfde, zowel tijdens als na de behandeling.

Artikel 4

- A. van Aalderen, Donders, Giommi, Spinhoven, Barendregt & Speckens (2012)
- B. Er werd een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van MBCT bovenop gebruikelijke zorg vergeleken met gebruikelijke zorg alleen, bij patiënten met minimaal 3 periodes van depressie in de voorgeschiedenis (n=219). Zowel deelnemers met een huidige depressie als deelnemers die hersteld waren, werden geïncludeerd. Voorafgaand aan MBCT en na afloop werd de ernst van depressie gemeten met de Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD). Secundaire uitkomstmaten waren zelfgerapporteerde depressie, rumineren, piekeren, mindfulness vaardigheden en kwaliteit van leven.
- C. In de MBCT groep zijn 9 van de 111 deelnemers uitgevallen en in de groep gebruikelijke zorg 5 van de 108 deelnemers. Analyse van de deelnemers met complete data (n=102 voor MBCT en n=103 voor gebruikelijke zorg) liet zien dat patiënten die in de MBCT conditie waren geloot, minder depressieve klachten hadden op de HRSD (effectgrootte Cohen's $d = 0.53$) en zelfgerapporteerde depressie ($d = 0.50$), minder last hadden van rumineren ($d = 0.50$) en piekeren ($d = 0.43$), vergeleken met gebruikelijke zorg. Ook scoorden zij hoger op mindfulness vaardigheden (effectgroottes variërend van 0.20 tot 0.74 voor de subschalen), psychologische kwaliteit van leven ($d = 0.36$) maar niet op fysieke en sociale kwaliteit van leven. Deze gunstige effecten golden zowel voor patiënten met een huidige depressie (n=68 MBCT en n=68 gebruikelijke zorg) als patiënten in remissie bij aanvang van de studie (n=34 MBCT en n=35 gebruikelijke zorg). De auteurs concluderen dat MBCT effectiever is dan gebruikelijke zorg in het verminderen van depressie bij patiënten met terugkerende depressie, zowel wanneer zij deze training volgen in een huidige periode van depressie als wanneer zij daarvan hersteld zijn.

Artikel 5

- A. Geschwind, Peeters, Huibers, van Os & Wichers (2012)
- B. Er werd een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van MBCT in vergelijking met gebruikelijke zorg. Deelnemers waren 130 patiënten met minimaal 1 depressieve episode in de voorgeschiedenis die nog restklachten hadden. Zij werden at random verdeeld over MBCT (n=64) of gebruikelijke zorg (n=66). Er werd onderscheid gemaakt tussen patiënten met 1 of 2 depressies (n=71) en patiënten met 3 of meer depressies (n=59). Voorafgaand aan MBCT en na afloop werd de ernst van depressie gemeten met de Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD). Ook vulden deelnemers een zelfrapportage lijst voor depressieve klachten (Inventory of Depressive Symptomatology; IDS) in.
- C. In beide groepen werden bij alle deelnemers de voor- en nameting afgenomen. In de MBCT groep vielen 3 deelnemers uit. Analyse van alle gerandomiseerde personen liet zien dat MBCT over de gehele groep effectiever was in het reduceren van depressie dan gebruikelijke zorg ($\beta = -0.56$, $p < .001$ voor HRSD en $\beta = -0.44$, $p < .01$ voor IDS). Hoewel subgroup-analyses lieten zien dat MBCT alleen significant effectiever was dan gebruikelijke zorg in de groep met 1 of 2 depressies in het verleden en niet bij de groep met 3 of meer depressies, was er geen sprake van een interactie tussen aantal depressies in de voorgeschiedenis en effectiviteit van MBCT (interactie $\beta = 0.45$, $p = .16$ voor HRSD en $\beta = -0.33$, $p = .24$ voor IDS). De auteurs concluderen dat MBCT effectiever is dan gebruikelijke zorg in het verminderen van depressie bij patiënten met depressieve restklachten na 1 of meer depressies in de voorgeschiedenis, en dat dit effect niet afhankelijk is van het aantal depressies in de voorgeschiedenis.

Onderzoek in het buitenland

Recidiverende depressieve stoornis

Artikel 1

- A. Kuyken W, Warren FC, Taylor RS, Whalley B, Crane C, Bondolfi G, Hayes R, Huijbers M, Ma H, Schweizer S, Segal Z, Speckens A, Teasdale JD, Van Heeringen K, Williams M, Byford S, Byng R, Dalglish T (2016).
- B. Meta-analyse van de individuele patiënt gegevens van 8 internationale gerandomiseerde gecontroleerde trials naar het effect van MBCT op relapse/recurrence in patiënten met recidiverende depressie.
- C. Er werden 1258 patiënten geïncludeerd in de meta-analyse. Deelnemers aan de MBCT bleken gedurende de follow-up periode van 60 weken minder risico te hebben op een relapse/recurrence dan diegenen die niet deelgenomen hadden aan de MBCT (hazard ratio 0.69; 95% CI, 0.58-0.82). Ook in vergelijking met actieve controle condities (hazard ratio 0.79; 95% CI, 0.64-0.97) en antidepressieve medicatie was dit zo (hazard ratio 0.77; 95% CI, 0.60-0.98).

Artikel 2

- A. Kuyken, W., Hayes, R., Barret, B., Byng, E., Dalglish, T., Kessler, D., (...) Byford, S. (2015).
- B. Type onderzoek: RCT
Clënten werden at random verdeeld over twee groepen:
- Een experimentele conditie met MBCT plus ondersteuning bij het stoppen met medicatie
 - Een controleconditie met voortzetting onderhoudsmedicatie.

Doelgroep: patiënten met drie of meer majeure depressieve episodes in het verleden en op een therapeutische dosis onderhouds-antidepressiva.

Meetmomenten en uitkomstmaten:

Gedurende de studieperiode van 24 maanden, vonden vijf metingen plaats. De primaire uitkomstmaat was de tijd tot terugval of opnieuw optreden van depressie en aantal ernstige ongewenste gebeurtenissen.

- C. N=424 (212 in experimentele en 212 in controlegroep)

Resultaten: De tijd tot terugval of herhaling van depressie verschilde niet tussen de experimentele en controlegroep. Dat gold ook voor het aantal ongewenste gebeurtenissen. Vijf ongewenste gebeurtenissen werden gerapporteerd, inclusief twee doden in elk van de groepen. Geen van de ongewenste gebeurtenissen konden worden toegeschreven aan de interventies in de trial. De auteurs concluderen dat er geen bewijs is gevonden dat MBCT met ondersteuning bij stoppen met antidepressiva beter werkt dan het continueren van antidepressiva in de preventie van terugval. Beide behandelingen waren geassocieerd met positieve uitkomsten op het gebied van terugval of herhaling en kwaliteit van leven.

Artikel 3

- A. Piet & Hougaard (2011)
- B. Er werd een meta-analyse uitgevoerd om het effect van MBCT ter voorkoming van terugval bij recidiverende depressie in remissie te onderzoeken. Gerandomiseerd gecontroleerde studies naar de preventieve werkzaamheid van MBCT volgens het protocol van Segal, Williams en Teasdale (2002) bij volwassen patiënten met terugkerende depressie in remissie en met als primaire uitkomstmaat terugval in depressie volgens de DSM-criteria, werden geselecteerd. Zes studies met in totaal 593 deelnemers voldeden aan deze criteria. Aparte analyses werden uitgevoerd voor de vergelijking tussen a) MBCT en controlegroep (inclusief gebruikelijke behandeling en placebo met klinische ondersteuning) waarvan de data beschikbaar waren in vijf studies en b) MBCT en antidepressieve onderhoudsmedicatie (ADM) op basis van twee studies.
- C. Het risico op terugval werd significant verlaagd na MBCT vergeleken met de controlegroepen, met een relatief risico reductie van 34% (risico ratio = 0.66, 95% CI 0.53-0.82). Dit gold echter alleen voor de groep die drie of meer depressies in het verleden hadden doorgemaakt. Het relatieve risico op terugval na MBCT vergeleken met ADM was 0.80 (95% CI 0.60-1.08), ofwel een non-significante reductie van het relatieve risico met 20%. De auteurs concluderen dat MBCT significant effectiever is dan gebruikelijke behandeling of placebo met klinische ondersteuning bij mensen met drie of meer depressies in het verleden, en dat MBCT minstens even effectief is als ADM, in het voorkomen van terugval.

Chronische depressieve stoornis

- A. Barnhofer, Crane, Hargus, Amarasinghe, Winder & Williams (2009)
- B. Een kleine gerandomiseerde trial werd uitgevoerd om de effecten van mindfulness-based cognitieve therapie (MBCT) te onderzoeken bij chronisch depressieve patiënten. Deelnemers waren op het moment van deelname minimaal gedurende twee jaar depressief of hadden eerder minimaal drie depressieve episodes meegemaakt waarbij ze van de laatste episode maar gedeeltelijk hersteld waren. Ook hadden alle deelnemers een verleden van suïcidepogingen of (ernstige) suïcidale gedachten. Deelnemers volgden gedurende acht weken een MBCT cursus naast hun reguliere behandeling (n=16) of alleen de reguliere behandeling (n=15). Voor en na de MBCT cursus of de reguliere behandeling werden vragenlijsten en psychiatrische interviews afgenomen.
- C. In de loop van de studie zijn drie deelnemers uitgevallen, twee in de MBCT groep en één in de reguliere behandeling. Deelnemers uit de MBCT groep (n=14) rapporteerden na afloop van de cursus minder depressieve klachten vergeleken met de groep (n=14) die alleen de reguliere behandeling volgde (partial $r^2=0.17$). Zeven van de 10 deelnemers uit de MBCT groep voldeden na afloop van de cursus niet meer aan de criteria voor een depressie. In de groep die de reguliere behandeling volgde, voldeden slechts 2 van de 11 deelnemers niet meer aan de criteria voor een depressie. Suïcidale gedachten veranderden niet door de MBCT cursus.

Bipolaire Stoornis

- A. Perich, Manicavasagar, Mitchell, Ball & Hadzi-Pavlovic (2013)
- B. Een gerandomiseerde studie naar de effecten van MBCT in bipolaire patiënten. Deelnemers werden at random ingedeeld in een groep die naast de reguliere behandeling een MBCT cursus volgde (n=48) of in een groep die alleen de reguliere behandeling volgde (controlegroep, n=47). Deelnemers waren aan het begin van de studie (gedeeltelijk) hersteld van de laatste depressieve

of manische episode. Om het effect te meten werden vragenlijsten en psychiatrische interviews afgenomen voor, halverwege en na MBCT of de reguliere behandeling en 3, 6, 9 en 12 maanden na afloop.

- C. In de MBCT groep hebben 29 deelnemers minimaal 4 sessies van de MBCT gevolgd en de nameting gedaan. In de controlegroep hebben 38 deelnemers deelgenomen aan de nameting. Tijdens de laatste follow-up meting waren dit nog 22 deelnemers (MBCT groep) en 12 deelnemers (controlegroep). De missende metingen zijn wel meegenomen in de analyses (intention to treat). Er was geen effect van de MBCT op depressieve of manische klachten of de tijd tot terugval. Wel liet de MBCT groep vergeleken met de controlegroep significant minder angstklachten zien op de nametingen en de follow-up metingen. Een duidelijke beperking van de studie is de hoge uitval van deelnemers op de follow-up metingen.

5. Samenvatting Werkzame elementen

Uit een recente review van Hölzel et al. (2011) blijkt niet alleen uit klinisch onderzoek, maar ook uit neurowetenschappelijk onderzoek wat het werkingsmechanisme van MBCT is. In haar review over het conceptuele en neurale perspectief op hoe mindfulness werkt onderscheidt ze verschillende componenten:

- Aandachtsregulatie
- Lichaamsbewustzijn
- Emotieregulatie, inclusief reappraisal, exposure, extinctie en reconsolidatie
- Veranderd perspectief op het zelf

6. Aangehaalde literatuur

Barnard, P.J., & Teasdale, J.D. (1991). Interacting cognitive subsystems: A systemic approach to cognitive-affective interaction and change. *Cognition and emotion*, 5(1): 1-39. DOI:10.1080/02699939108411021

Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winder, R., & Williams, J. M. G. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 47(5), 366-373. doi: 10.1016/j.brat.2009.01.019

Beshai, S., Dobson, K.S., Bockting, C.L.H., Quigley, L. (2011) Relapse and recurrence prevention in depression: Current research and future prospects. *Clinical Psychology Review*, 31, 8, 1349-60.

Bockting, C. L., Schene, A. H., Spinhoven, P., Koeter, M. W., Wouters, L. F., Huyser, J., & Kamphuis, J. H. (2005) Preventing relapse/recurrence in recurrent depression with cognitive therapy: a randomized controlled trial, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 647-657.

Bowen, S., Witkiewitz, K., Clifasefi, S. L., Grow, J., Chawla, N., ..., Larimer, M. E. (2014) Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention, and treatment as usual for substance use disorders: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 71(5), 547-556. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.4546

Deckersbach, T., Hölzel, B., Eisner, L., Lazar, S.W., & Nierenberg, A.A. (2014). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Bipolar Disorder*. New York: Guilford.

Dimidjian S, Segal ZV. (2015). Prospects for a clinical science of mindfulness-based intervention. *Am Psychol*. 2015 Oct;70(7):593-620. doi: 10.1037/a0039589.

El-Mallakh, R.S., & Ghaemi, S.N. (2006). *Bipolar Depression. A comprehensive Guide*. Washington / London: American Psychiatric Publishing, Washington/London.

Gaudiano, A. (2015). *Incorporating Acceptance and Mindfulness into the Treatment of Psychosis. Current Trends and Future Directions*. Oxford university press.

Geschwind, N., Peeters, F., Huibers, M., van Os, J., & Wichers, M. (2012). Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in relation to prior history of depression: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 201, 320-325. doi: 10.1192/bjp.bp.111.104851

Goyal, M., Singh, S., Sibinga, E. M. S., Gould, N. F., Rowland-Seymour, A., ... Haythornthwaite, J. A. (2014). Meditation programs for psychological stress and well-being: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 174(3), 368-369. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.13018

Graaf R de, Have M ten, Dorsselaer S van. *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2010.

Hardeveld F, Spijker J, De Graaf R, Nolen WA, Beekman AT. Recurrence of major depressive disorder and its predictors in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Psychol Med*. 2012 Oct 31:1-10.

Hardeveld, F., Spijker, J., de Graaf, R., Nolen, W.A., Beekman, AT (2010) Prevalence and predictors of recurrence of major depressive disorder in the adult population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122, 184-191.

Hoge, E. A., Bui, E., Marques, L., Metcalf, C. A., Morris, L. K., . . . Simon, N. M. (2013). Randomized Controlled Trial of Mindfulness Meditation for Generalized Anxiety Disorder: Effects on Anxiety and Stress Reactivity. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74(8), 786-792. doi:10.4088/JCP.12m08083

Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science* 2011; 6: 537-559, doi: 10.1177/1745691611419671.

Huijbers, M. J., Spinhoven, P., Spijker, J., Ruhé, H.G., van Schaik, D.J., van Oppen, P., Nolen, W.A., Ormel, J., Kuyken, W., van der Wilt, G.J., Blom, M.B., Schene, A.H., Donders, A.R., Speckens AE. [Adding mindfulness-based cognitive therapy to maintenance antidepressant medication for prevention of relapse/recurrence in major depressive disorder: Randomised controlled trial.](#) *Journal of Affective Disorders* 2015; 187: 54-61

Huijbers, M.J., Spinhoven, P., Spijker, J., Ruhé, H.J., van Schaik, D. J. F., van Oppen, P., Nolen, W.A., Ormel, J., Kuyken, W., van der Wilt, G. J., Blom, M. B. J., Schene, A. H., Donders, A. R. T., Speckens, A. E. M. Discontinuation of antidepressant medication after mindfulness-based cognitive therapy for recurrent depression: randomized controlled non-inferiority trial. *British Journal of Psychiatry* 2016; 208: 366-73.

Khoury, B., Lecomte, T., Gaudio, B. A., Paquin, K. (2013). Mindfulness interventions for psychosis: a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 150(1), 176-84. doi: 10.1016/j.schres.2013.07.055

Kocovski, N.L., Fleming, J.E., Hawley, L.L., Huta, V., & Martin, M. (2013). Mindfulness and acceptance-based group therapy versus traditional cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 889-898. doi: 10.1016/j.brat.2013.10.007

Kuyken W, Hayes R, Barrett B, Byng R, Dalgleish T, Kessler D, Lewis G, Watkins E, Brejcha C, Cardy J, Causley A, Cowderoy S, Evans A, Gradinger F, Kaur S, Lanham P, Morant N, Richards J, Shah P, Sutton H, Vicary R, Weaver A, Wilks J, Williams M, Taylor RS, Byford S. (2015). [Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence \(PREVENT\): a randomised controlled trial.](#) *Lancet* 386(9988), 63-73.

Kuyken W, Warren FC, Taylor RS, Whalley B, Crane C, Bondolfi G, Hayes R, Huijbers M, Ma H, Schweizer S, Segal Z, Speckens A, Teasdale JD, Van Heeringen K, Williams M, Byford S, Byng R, Dalgleish T. (2016). [Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Prevention of Depressive Relapse: An Individual Patient Data Meta-analysis From Randomized Trials.](#) *JAMA Psychiatry*. 73(6), 565-74.

Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R. S. ... Dalgleish, T. (2010).: How does Mindfulness-Based Cognitive Therapy work? *Behaviour Research and Therapy*, 48(11), 1105-1112. doi: 0.1016/j.brat.2010.08.003fku

McCullough JP, Klein DN, Borian FE, Howland RH, Riso LP, Keller MB, Banks PL (2003) Group comparison of DSM-IV subtypes of chronic depression. Validity of the distinctions. *J Abnorm Psychol* 112, 614-622.

Perich, T., Manicavasagar, V., Mitchell, P. B., Ball, J. R., & Hadzi-Pavlovic, D. (2013). A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(5), 333-343. doi: 10.1111/acps.12033

- Piet, J., & Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1032-1040. doi:10.1016/j.cpr.2011.05.002
- Rush AJ, Laux G, Giles DE (1995). Clinical characteristics of outpatients with chronic major depression, *Journal of Affective disorders*, 34, 25-32.
- Sachse, S., Keville, S., & Feigenbaum, J. (2011). A feasibility study of mindfulness-based cognitive therapy for individuals with borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(2), 184-200. doi: 10.1348/147608310X516387
- 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: Guilford Press; 2002.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness en cognitieve therapie bij depressie* (2^e editie). Amsterdam: Nieuwezijds.
- Spijker, J. (2002). *Chronic Depression. Determinants and consequences of major depression in the general population*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- John D. Teasdale & Michael Chaskalson (Kulananda) (2011): How does mindfulness transform suffering? I: the nature and origins of dukkha , *Contemporary Buddhism: An Interdisciplinary Journal*, 12:01, 89-102.
- John D. Teasdale & Michael Chaskalson (Kulananda) (2011): How does mindfulness transform suffering? II: the transformation of dukkha , *Contemporary Buddhism: An Interdisciplinary Journal*, 12:01, 103-124
- 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 mindfulnessbased cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615–623. doi: 10.1037//0022-006X.68.4.615
- Ten Doesschate, M.C., Bockting, C.L.H., Koeter, M.W.J., & Schene, A.H. (2010) Prediction of recurrence in recurrent depression: a 5.5-year prospective study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71, 984-91.
- van Aalderen, J. R., Breukers, W. J., Reuzel, R. P. B. & Speckens, A. E. M. (2012). The role of the teacher in mindfulness-based approaches: a qualitative study. *Mindfulness*, 5, 170-178.
- van Aalderen, J. R., Donders, A. R., Giommi, F., Spinhoven, P., Barendregt, H. P., & Speckens, A. E. M. (2012). The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in recurrent depressed patients with and without a current depressive episode: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42(5), 989-1001. doi:10.1017/S0033291711002054
- van Aalderen, J. R., Donders, A. R., Peffer, K., Speckens, A. E. (2015). [Long-term outcome of mindfulness-based cognitive therapy in recurrently depressed patients with and without a depressive episode at baseline.](#) *Depression & Anxiety* 32(8), 563-9.
- van der Valk R., van de Waerdt S., Meijer C.J., van den Hout, I., & de Haan, L. (2013) Feasibility of mindfulness based therapy in patients recovering from a first psychotic episode: a pilot study. *Early intervention in psychiatry*, 7(1), 64-70. doi:10.1111/j.1751-7893.2012.00356.
- Vittengl JR, Clark LA, Dunn TW, Jarrett RB. Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: a comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects. *J Consult Clin Psychol*. 2007;75:475-88.

Whisman, M. A. (Ed.). (2008). *Adapting cognitive therapy of depression: Managing complexity and comorbidity*. New York: Guilford.