

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Over de betovering van mindfulness

Remco C. Havermans

INLEIDING

Lang geleden, in een land hier ver vandaan (Nepal om precies te zijn), leefde een Indiase prins: Siddharta Gautama. Hij ontvluchtte zijn verstikkende lui-zenleventje aan het hof en na een spirituele zoektocht waarbij hij een ascetisch leven uiteindelijk ook afzwoer en de leer van de middenweg ontwikkelde, bereikte Gautama na een dagenlange meditatie verlichting. Vanaf nu was hij de Boeddha en besteedde hij de rest van zijn leven met het verder verfijnen en onderwijzen van zijn leer. Het boeddhisme is tegenwoordig een heuse wereldreligie en kent honderden miljoenen aanhangers (Rogers, 2009).

Net als Boeddha mediteren boeddhisten graag. Meditatie vormt een noodzakelijk onderdeel van het door boeddhisten genoemde 'achtvoudige pad naar verlichting'. Een belangrijke vorm van meditatie binnen het boeddhisme is de zogeheten *vipassana* meditatie. Het doel van deze vorm van meditatie is om een groter inzicht te verwerven en zodoende wijsheid. Juiste mindfulness, indachtigheid of opmerkzaamheid, is hierbij essentieel. Mindfulness is dan ook een voorwaarde tot verlichting (Rogers, 2009). Mindful mediteren houdt in dat men zich concentreert op een zogeheten meditatie-object (bijvoorbeeld de eigen ademhaling, of een specifieke gedachte of gevoel) en zonder te oordelen de aandacht op het hier en nu houdt. Deze passieve, oordeelvrije blik bevordert aanvaarding en daarmee welbevinden. Deze laatste vooronderstelling ligt ten grondslag aan de toepassing van mindfulness binnen de geestelijke gezondheidszorg (Turner, 2008).

Mindfulness meditatie lijkt niet heel eenvoudig en blijktbaar is het dat ook niet. Hoewel men geen boeddhist hoeft te zijn om opmerkzaamheid te verwerven, duren de meeste meditatietrainingen acht weken, naar het voorbeeld van de originele training van Jon Kabat-Zinn. De Zen adept Kabat-Zinn ontwikkelde deze training om het toe te kunnen passen bij de behandeling van patiënten met chronische pijn. Hij noemde het *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR). De training verlicht de ervaren pijn en men leert er mee om te gaan door meer

1. Universiteit Maastricht

Correspondentie: Remco Havermans, Universiteit Maastricht, Faculty of Psychology & Neuroscience, Clinical Psychological Science, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.
Email: r.havermans@maastrichtuniversity.nl

mindful te zijn. Door opmerkzaamheid- of mindfulnesstraining leert men de aandacht richten op de pijnervaring en daarbij een waarde vrije, open houding aan te nemen. De patiënt ervaart de pijn zonder die ervaring direct als onaangenaam te bestempelen (Kabat-Zinn, 1982).

Het werk van Kabat-Zinn inspireerde andere klinische onderzoekers tot de toepassing van mindfulness meditatie bij de behandeling van depressie. Depressie is een ernstige, veel voorkomende vorm van psychopathologie. Het kan goed worden behandeld, maar terugval na behandeling is niet ongevoel. Een werkelijk effectieve behandeling van depressie verlicht daarom niet alleen de symptomen, maar dient ook de kans op een terugval te beperken. Hiertoe ontwikkelden Segal, Williams en Teasdale (2002) de *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (MBCT): een acht weken durende training in mindfulness meditatie met als voornaamste doel de kwetsbaarheid voor terugval aan te pakken (Williams, Russell & Russell, 2008).

Mindfulness is een betrekkelijk nieuw concept binnen de geestelijke gezondheidszorg en het feit dat steeds meer onderzoekers zich hiermee bezighouden, doet vermoeden dat het iets heel bijzonders is (Shapiro, 2009). Therapeuten lijken dan ook gretig om mindfulness meditatie te leren. Ze worden op hun wenken bediend. Er verschijnen regelmatig artikelen over mindfulness met tips en voorbeelden aan de hand van gevalbeschrijvingen over hoe men deze meditatietechniek kan toepassen in de klinische praktijk (zie bijvoorbeeld Hathaway & Tan, 2009; Turner 2008; Tusaie & Edds, 2009). Natuurlijk zijn er ook al verschillende mindfulness handboeken en bedrijven als See True¹ bieden in heel Nederland acht weken durende mindfulness trainingen aan voor 300 euro per deelnemer. In samenwerking met het Vlaamse Instituut voor Aandacht en Mindfulness² biedt See True ook de opleiding tot mindfulness trainer aan, speciaal voor hulpverleners. Kortom, mindfulness meditatie is hip en er is zoveel vraag naar dat er zelfs een markt is voor commerciële spelers als See True. Maar hoe veelbelovend is mindfulness therapie nu werkelijk?

BEWIJSLAST VOOR EEN THERAPIE

In het tijdschrift *De Psycholoog* verscheen eerder een kort artikel van Hellemans en Bögels (2008) waarin zij mindfulness introduceerden en haar therapeutische waarde bejubelden. Als rechtvaardiging voor de stelling dat mindfulness therapieën zeer veelbelovend zijn, verwezen ze naar al het reeds verrichte onderzoek. Dat deden ze wel met enige tegenzin: 'Hoewel de methode in de loop van de millennia zijn werkzaamheid wel heeft bewezen, hechten wij in het westen groot belang aan randomised controlled onderzoek...' (p. 424). Een vreemde uitspraak

1 www.mindfulness-training.nl

2 www.aandacht.be

waaruit men een zeker dedain voor de wetenschap of een gebrekkig begrip van de wetenschappelijke methode kan opmaken.

Hoe bewijst men nu eigenlijk de werkzaamheid van een therapie? Hellemans en Bögels (2008) hebben gelijk dat de meest gepropageerde methode de *randomised controlled trial* is. Dit is een vorm van onderzoek dat gemodelleerd is naar experimenteel onderzoek. Wanneer men oorzaak-gevolg-relaties wilt aantonen, dan is een experiment de enige vorm van onderzoek waarmee dat kan. Net als dat er verschillen bestaan in de kwaliteit van verschillende labexperimenten, bestaan er verschillen in de kwaliteit van *randomised controlled trials* (vanaf hier RCT's genoemd). Dat wil zeggen, met de ene RCT kan men duidelijker en stelliger uitspraken doen over de effectiviteit van de getoetste therapie dan de andere RCT. Hoe goed een RCT is, is vooral afhankelijk van hoe goed gecontroleerd het onderzoek is. De meest eenvoudige RCT is de trial met slechts een enkele controlegroep en de patiënten in die controlegroep zijn individuen die op een wachtlijst voor de behandeling staan of een standaardbehandeling krijgen. Dus de ene patiënt krijgt de experimentele therapie en de ander moet daar nog een poos op wachten (meestal zo lang als de experimentele therapie duurt) of krijgt slechts de standaardbehandeling. Wanneer de patiënten met therapie meer verbeteren dan de controlepatiënten, dan weet men dat de therapie iets doet. Wat men dan nog niet weet, is of het gevonden verschil tussen de groepen aan de specifieke getoetste therapie valt toe te schrijven.

Een RCT met een actieve controlegroep stelt men in staat om wel uitspraken te kunnen doen over de werkelijke effectiviteit van de experimentele behandeling. Men biedt dan bijvoorbeeld de patiënten in de controlegroep ook een behandeling aan: een ineffektieve therapie bijvoorbeeld (placebocontrole; zie Havermans, Mulken, Nederkoorn & Jansen, 2007). Miranda en Borkovec (1999) stellen dat wetenschap het best gebaat is bij onderzoek waarbij verschillende rivaliserende hypothesen tegen over elkaar worden getoetst. Dat geldt ook voor therapie-onderzoek en de RCT-varianten die zich daar het beste voor lenen zijn de zogeheten ontmantelende, parametrische, en additieve RCT's. Een voorbeeld. Cognitieve gedragstherapie is vaak heel succesvol voor het behandelen van psychopathologie, maar even zo vaak is het niet helder of het de combinatie is van cognitieve therapie en gedragstherapie wat het hem flikt, of dat voor een gegeven vorm van psychopathologie uitsluitend cognitieve therapie of alleen gedragstherapie net zo goed zou hebben gewerkt. Dat onderzoekt men met een ontmantelende RCT en het verleent een beter inzicht in de stoornis, omdat zo het werkzame deel van een behandeling kan worden blootgelegd. Het is bijvoorbeeld denkbaar dat het niet het vergroten van mindfulness is wat MBSR of MBCT succesvol maakt, maar eerder het leren concentreren, of het leren ontspannen, of het trainen van coping, of de blootstelling aan negatieve gedachten en gevoelens.

Miranda en Borkovec (1999) merken verder op dat een RCT idealiter gepaard gaat met experimenten die therapie-elementen (ofwel veronderstelde mechanisme(n) die de behandeling zou aanspreken) evalueren. Dit maakt van experimentele psychopathologie een heuse theoriegedreven wetenschap. En dat is goed. Het geeft richting aan de ontwikkeling van steeds betere therapieën, omdat dit type onderzoek leidt tot de ontdekking van (of een beter inzicht in) de onderliggende mechanismen van psychopathologie.

HOE GOED IS MINDFULNESS THERAPIE?

Het meeste *randomised controlled* onderzoek naar de heilzame effecten van mindfulness meditatie betreft MBSR en MBCT. Voor wat betreft MBSR zijn er inmiddels verschillende studies gepubliceerd. Wat opvalt, is dat de studies veelal een vergelijking betreft tussen een groep die MBSR krijgt en een passieve controlegroep. MBSR lijkt dan iets te doen, maar of mindfulness daar ook maar iets mee te maken heeft is dus onduidelijk. Of zoals Ludwig en Kabat-Zinn (2008, p. 1352) zeggen: "The available research on mindfulness has major limitations, precluding any definitive assessment of effectiveness at this time." Voor wat betreft MBSR bestaat er ook eigenlijk geen heldere theorie of hypothese waarom nu juist mindfulness meditatietraining zo effectief zou moeten zijn. Nu ja, volgens boeddhisten verlicht mindfulness het dagelijkse lijden en dat is natuurlijk goed voor alles, maar dat is erg vaag en dus onduidelijk wat het precieze mechanisme is. Hier bestaan wel ideeën over. Mindfulness training (lees MBSR) zou nuttig zijn bij het voorkomen van, omgaan met of herstellen van medische aandoeningen, omdat het (1) de ervaren pijnintensiteit verlaagt, of (2) het vermogen om pijn te kunnen verdragen vergroot, of (3) gevoelens van stress, angst en depressie verlaagt, of (4) zelfs direct de werking van het autonome zenuwstelsel en immuunsysteem verandert. Geen van deze ideeën zijn echter getoetst (Ludwig & Kabat-Zinn, 2008). Wat wel is getoetst, is of MBSR wellicht aandachtscontrole verbetert. Deelnemende proefpersonen kregen in deze studie of MBSR training of niet, en voor en na de trainingsperiode werd aandachtscontrole bij alle proefpersonen met verschillende taken gemeten. De zo gemeten aandachtscontrole was niet beter na MBSR (Anderson, Lau, Segal & Bishop, 2007). Kortom, MBSR doet wel iets, maar men weet nog steeds niet of het effect kan worden toegeschreven aan de mindfulness training en zelfs wanneer men al had vastgesteld dat het inderdaad aan de training ligt, dan kan men nog altijd niet zeggen waarom dat zo is (zie ook Chiesa & Serretti, 2009). MBSR lijkt niets om enthousiast over te geraken of te zijn.

Voor wat betreft MBCT is het verhaal voor een deel vergelijkbaar. Ook hier zijn er nog geen gedegen RCT's uitgevoerd. De gepubliceerde studies naar MBCT betreffen tot nu toe vrijwel allemaal studies met een passieve controlegroep (zie bijvoorbeeld Bondolfi et al., 2010; Foley, Baillie, Huxter, Price & Sinclair, 2010; Kuyken et al., 2008; Ma & Teasdale, 2004; Teasdale et al., 2000; Williams et al.,

2008). MBCT werd ontwikkeld om de kans op terugval van depressie te verkleinen. De meeste studies tonen dat dikwijls de patiënten in de experimentele groep (MBCT) minder vaak terugval vertonen dan de patiënten in de passieve controlegroep. Een interessante uitzondering is de studie van Bondolfi en collega's (2010); zij vonden dat de patiënten met MBCT er langer over deden om terug te vallen, maar het percentage terugvallers was na 14 maanden net zo groot als in de controlegroep. Zoals de onderzoekers zelf aangeven, was dit een van de eerste MBCT RCT's bij depressieve patiënten die niet werd geïnitieerd door de ontwikkelaars van MBCT. Enigszins verontrustend zijn de resultaten van Ma en Teasdale (2004). Zij vonden dat de patiënten met minstens drie eerdere depressie-episodes baat leken te hebben bij MBCT. In de groep die MBCT kreeg, viel 36% terug versus 78% in de controlegroep. Heel mooi. Maar voor de patiënten met twee eerdere episodes lag dat heel anders. Bij deze patiënten gold dat in de groep die MBCT kreeg, 50% terugviel versus 20% in de controlegroep. Vergelijkbare cijfers voor deze patiënten werden eerder al gevonden door Teasdale et al (2000): 56% terugval bij MBCT versus 31% in de controlegroep. Ma en Teasdale (p. 38) stellen heel verstandig dat: "These findings suggest that MBCT may be contraindicated for this group of patients." Opnieuw zou men nu kunnen concluderen dat deze bevindingen enig enthousiasme voor mindfulness interventies dienen te temperen. Men zou in geval van MBCT echter kunnen inbrengen dat hier op zijn minst een heldere gedachtegang achter steekt.

Terugval bij depressie kan voor een belangrijk deel worden toegeschreven aan iets wat men cognitieve reactiviteit noemt, de neiging terug te schieten in negatieve denkpatronen bij het ervaren van een negatieve stemming. Deze associatie tussen verdriet of negatieve stemming en negatief denken en piekeren, wordt sterker naarmate men vaker een depressieve episode heeft doorgemaakt. Dit zou dan betekenen dat patiënten meer baat moeten hebben bij MBCT naarmate ze meer cognitief reactief zijn en ook al vaker eerdere depressieve episodes hebben meegemaakt. Dat lijkt overeen te stemmen met de bevindingen van Ma en Teasdale (2004), hoewel het natuurlijk niet verklaart dat MBCT de kans op terugval bij patiënten met minder eerdere episodes juist lijkt te vergroten. Het verklaart ook niet goed dat Zwitserse patiënten uiteindelijk niet extra gebaat lijken te zijn bij MBCT: 33% van de MBCT-ers viel terug versus 36% van de patiënten in de controlegroep in de studie van Bondolfi en collega's (2010). Deze onderzoekers suggereren dat het niet de MBCT is die tegenvalt, maar dat de effectiviteit van de standaardbehandeling hier meevalt. De standaardbehandeling in Zwitserland zou zo goed zijn vanwege de uitstekende organisatie van de Zwitserse gezondheidszorg. Dit zou dan verklaren waarom de controlegroep weinig terugval vertoonde en er zodoende geen toegevoegde waarde was van de MBCT. Dat kan. Maar wanneer men veronderstelt dat cognitieve reactiviteit een belangrijke rol speelt bij terugval en dat mindfulness meditatie nu juist zo goed deze reactiviteit weet te verminderen, dan is het raar dat MBCT het uiteindelijk niet beter doet dan een Zwitserse meditatieloze standaardbehandeling.

MINDFULNESS EN VERBALE MAGIE

Is mindfulness meditatie eigenlijk wel nodig om terugval bij depressie terug te dringen? Dit is misschien een tendentieuze vraag omdat de onderzoekers in bovengenoemde studies helemaal niet het doel hadden om direct de theoretische basis van MBCT te toetsen. Raes, De Wulf, Van Heeringen en Williams (2009) stelden zich dat onlangs wel ten doel. In een eerste studie namen de onderzoekers bij studenten een aantal vragenlijsten af om depressieve symptomen, cognitieve reactiviteit en mindfulness te meten. De gedachte is dat sommige mensen van nature al meer mindful zijn dan anderen en dat die meer indachtige mensen minder cognitieve reactiviteit vertonen. Dat is precies wat deze onderzoekers vonden: een significante negatieve correlatie tussen mate van cognitieve reactiviteit en mindfulness, zelfs wanneer er werd gecontroleerd voor depressiescores. In een tweede studie toonden Raes en collega's dat het volgen van MBCT mindfulness vergroot en cognitieve reactiviteit verkleint. Deze gunstige uitwerking van MBCT op cognitieve reactiviteit werd gemedieerd door mindfulness, ofwel de MBCT had effect op cognitieve reactiviteit omdat het mindfulness vergrootte.

Het onderzoek van Raes et al., (2009) lijkt de theorie te staven dat MBCT mindfulness vergroot en zodoende minder cognitief reactief maakt waardoor de kans op terugval na behandeling wordt verkleind. Toch kunnen deze resultaten net zo goed worden beschreven in termen van verbale magie. Edwin Holt, een Amerikaanse psycholoog en filosoof hekelde in 1931 de toenmalige neiging van veel psychologen om gedrag te verklaren door het aan een instinct, een aangeboren gedragsneiging, toe te schrijven. Holt citeerde verschillende uitwassen, zoals het *'instinct for parliamentary government'* als verklaring voor het feit dat iemand kiest voor een beroep als politicus. Door iets slechts een naam te geven, wordt de benaming al gauw aangezien als de ultieme verklaring van datgene, ook al is dat klinkklare onzin. Woorden kunnen in die zin (be-)toveren en daarom noemde Holt deze manier van verklaringen genereren verbale magie.

Mindfulness kan men ook zien als een toverwoord. Mindfulness verwijst naar een open, aanvaardende, nonreactieve houding. Of zoals Baer, Smith en Allen (2004, p. 194) het omschrijven: "...accepting, allowing, or being nonjudgmental or nonevaluative about presentmoment experience.[...] In clinical practice, this skill often is encouraged when the participant is faced with unwanted experiences". Cognitieve reactiviteit is juist de mate waarin men geneigd is te reageren op een negatieve cognitie of stemming en dus moeite heeft met negatieve gedachten van zich af te zetten of te aanvaarden (Van der Does, 2002). Gezien deze conceptuele overlap tussen de twee begrippen is het geen wonder dat ze met elkaar correleren. Het zou gek zijn wanneer dat niet zo zou zijn, maar het maakt van mindfulness nog niet een bijster bruikbaar theoretisch concept.

BESLUIT

Mindfulness therapie wordt vaak genoemd als veelbelovend. Is het dat ook? Nu ja, dat ligt er maar net aan hoe men dit wil definiëren. Sommigen zullen ervan uitgaan dat de bevinding dat mindfulness meditatietherapieën beter zijn dan niets doen ze al beloftevol maakt. Dat mag men vinden zolang men maar goed beseft dat de vermeende werkzaamheid van deze behandelingen niet zondermeer kan worden toegeschreven aan de mindfulness meditatietechnieken. De kans bestaat dat er van de huidige belofte van mindfulness therapieën niets overblijft met beter gecontroleerde RCT's. Toegegeven, het hierboven beschreven literatuuroverzicht is niet uitputtend. Ik heb me beperkt tot het bespreken van mindfulness meditatietherapie en dan alleen in relatie tot de behandeling van pijn en depressie. Deze beperkingen legde ik mijzelf op omdat (1) het enthousiasme over mindfulness vooral de meditatietechnieken lijkt te betreffen en (2) veruit het meeste onderzoek naar de effectiviteit van deze trainingen de behandeling van chronische pijn (MBSR) en depressie (MBCT) betreft. Binnen deze grenzen is het geschetste overzicht evenwel uitputtend. Dat wil zeggen, ik heb in de literatuur geen enkele studie weten te ontdekken waaruit onomstotelijk blijkt dat mindfulness meditatietherapie effectief is. De reden daarvoor is eenvoudig. Die studie bestaat niet.

Onderzoekers zouden er goed aan doen RCT's met enkel een passieve controlegroep te laten voor wat ze zijn. Ze geven simpelweg te weinig informatie (Coelho, Canter & Ernst, 2007; Williams, 2010). Mindfulness onderzoekers dienen ook beter hun best te doen om een duidelijk theoretisch raamwerk te formuleren. Men zou op zijn minst moeten beargumenteren waarom mindfulness therapie tot een bepaald resultaat zou moeten leiden. Dit geponeerde mechanisme zou moeten worden getoetst in RCT's en in labexperimenten. Als men dat niet doet, dan wordt experimentele psychopathologie gedegradeerd tot theorieleze technologie en men mag zich afvragen of dat wenselijk is. Om meer theoriegedreven onderzoek naar mindfulness op poten te zetten, is het noodzakelijk dat duidelijk wordt wat nu precies moet worden verstaan onder mindfulness. Het klinkt misschien vreemd, maar verschillende onderzoekers zijn het hier nog steeds niet over eens (Bishop et al., 2004; Shapiro, 2009). Vervolgens dienen deze onderzoekers duidelijk te maken dat mindfulness niet een staaltje verbale magie is, maar een essentieel, betekenisvol construct.

Williams en collega's (2008) kondigden onlangs aan te zijn gestart met een ontmantelende RCT waarbij ze zullen onderzoeken in hoeverre mindfulness meditatietechnieken nu werkelijk een toegevoegde waarde hebben bij de behandeling van depressie. Heel goed! Tot de resultaten van deze studie zijn gepubliceerd, doet men er echter verstandig aan zich te onthouden van het volgen van mindfulness therapie workshops of het verzorgen van dergelijke workshops. Waarom zou men nu al aan de slag gaan met een therapie waarvan men nog niet kan weten of het wel echt een toegevoegde waarde heeft of waarvan

men niet eens weet waarom het een toegevoegde waarde zou moeten hebben bij de behandeling van psychopathologie? Moeten er mindfulness meditatie-technieken worden toegevoegd aan gedragstherapie, of aan cognitieve therapie of aan cognitieve gedragstherapie? Er is geen eensluidende theorie en er zijn geen data waaruit blijkt dat dit nu echt zo zinvol is. Nu kan men de schouders ophalen en zich verschuilen achter het adagium 'baat het niet, dan schaadt het niet'. Maar we weten niet of mindfulness therapie echt baat heeft en we weten evenmin of deze therapie in alle gevallen wel zo ongevaarlijk is.

Williams (2010) stelt (p. 5): "...we need to be cautious: no outcome trial has yet compared mindfulness treatment with a comparable active treatment." Het zijn wijze woorden die kennelijk weinig indruk maken op sommige van zijn collega's. Op de 2010 World Congress of Behavioral and Cognitive Therapy verzorgden verschillende beroemde mindfulness onderzoekers symposia en workshops over de therapie of technieken die zij hebben ontwikkeld. Marsha Linehan prees haar symposium en workshop op de website <www.wcbct2010.org> aan door te stellen dat: "Mindfulness skills have emerged as an important focus of several empirically supported treatments". Segal kwalificeerde op dezelfde website zijn MBCT als een "clinically proven treatment". Als men nogal losse criteria hanteert, kan men mindfulness therapieën inderdaad als bewezen beschouwen, maar de data die tot nu toe zijn gepubliceerd overtuigen allerminst.

Cas Schaap (2005) verzuchtte eerder in Gedragstherapie dat Amerikaanse onderzoekers kennelijk grote moeite hebben de verleiding te weerstaan om hun 'rare' therapieën te vroeg aan te prijzen. Nog eerder scandeerde rapper Flavor Flav in het gelijknamige liedje van de in de late jaren '80 populaire hiphopformatie Public Enemy: "Don't believe the hype!"³. Inderdaad, geloof niet in een hype. Geloof niet Linehan, Segal, Remco Havermans, of de Boeddha. Geloof data.

LITERATUUR

- Anderson, N.D., Lau, M.A., Segal, Z.V., & Bishop, S.R. (2007). Mindfulness-Based Stress Reduction and attentional control. *Clinical Psychology, 463*, 449-463.
- Baer, R.A., Smith, G.T., & Allen, K.B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment, 11*(3), 191-206.
- Bishop, S.R., Lau, M.A., Shapiro, S.L., Carlson, L., Anderson, N.D., Carmody, J., Segal, Z.V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*, 230-241.
- Bondolfi, G., Jermann, F., der Linden, M.V., Gex-Fabry, M., Bizzini, L., Rouget, B.W., Myers-Arrazola, L., Gonzalez, C., Segal, Z., Aubry, J.M., & Bertschy, G. (2010). Depression relapse prophylaxis with Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Replication and extension in the Swiss health care system. *Journal of Affective Disorders, 122*, 224-231.
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. *Journal of Alternative and Complementary Medicine, 15*, 593-600.

³ Public Enemy (1988). *Don't believe the hype. Op It takes a nation of millions to hold us back.* New York: Def Jam Recordings.

- Coelho, H.F., Canter, P.H., & Ernst, E. (2007). Mindfulness-based cognitive therapy: Evaluating current evidence and informing future research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 1000-1005.
- Foley, E., Baillie, A., Huxter, M., Price, M., & Sinclair, E. (2010). Mindfulness-based cognitive therapy for individuals whose lives have been affected by cancer: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*, 72-79.
- Hathaway, W., & Tan, E. (2009). Religiously oriented Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *Journal of Clinical Psychology, 65*, 158-171.
- Havermans, R.C., Mulken, S., Nederkoorn, C., & Jansen, A. (2007). The efficacy of cue exposure with response prevention in extinguishing drug and alcohol cue reactivity. *Behavioral Interventions, 22*(2), 121-135.
- Hellemans, J., & Bögels, S. (2008). De kracht van mindfulness in de ggz. *De Psycholoog, 43*, 424-425.
- Holt, E.B. (1931). *Animal drive and the learning process* (Vol. 1). New York: Henry Holt and Company.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry, 4*, 33-47.
- Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R.S., Watkins, E., Holden, E., White, K., Barrett, B., Byng, R., Evans, A., Mullan, E., & Teasdale, J.D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 966-978.
- Ludwig, D.S., & Kabat-Zinn, J. (2008). Mindfulness in medicine. *Journal of the American Medical Association, 300*, 1350-1352.
- Ma, S.H., & Teasdale, J.D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 31-40.
- Raes, F., Dewulf, D., Van Heeringen, C., & Williams, J.M.G. (2009). Mindfulness and reduced cognitive reactivity to sad mood: evidence from a correlational study and a non-randomized waiting list controlled study. *Behaviour Research and Therapy, 47*, 623-627.
- Rogers, R. (2009). *Buddhism* [Audio podcast]: Eastern Michigan University.
- Schaap, C. (2005). Over mindlessness van gedragstherapeuten. *Gedragstherapie, 378*, 79-85.
- 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.
- Shapiro, S.L. (2009). The integration of mindfulness and psychology. *Journal of Clinical Psychology, 65*, 555-560.
- Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Ridgeway, V.A., Soulsby, J.M., & Lau, M.A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 615-623.
- Turner, K. (2008). Mindfulness: The present moment in clinical social work. *Clinical Social Work Journal, 37*, 95-103.
- Tusaie, K., & Edds, K. (2009). Understanding and integrating mindfulness into psychiatric mental health nursing practice. *Archives of Psychiatric Nursing, 23*, 359-365.
- Van der Does, W. (2002). Cognitive reactivity to sad mood: Structure and validity of a new measure. *Behaviour Research and Therapy, 40*(1), 105-120.
- Williams, J.M., Russell, I., & Russell, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy: further issues in current evidence and future research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 524-529.
- Williams, J.M.G. (2010). Mindfulness and psychological process. *Emotion, 10*, 1-7.