

# Mindfulness: voorbij de hype

De betekenis voor preventie en de klinische praktijk

Lydia Castiglione

[TIJDSCHRIFT KLINISCHE PSYCHOLOGIE, 2021, 51(1), 14-21]

Zowat iedereen heeft het woord ‘mindfulness’ weleens horen vallen, heeft er iets over gelezen of kent iemand die een cursus volgde. In Angelsaksische landen wordt het woord in het dagelijkse taalgebruik soms gebruikt als synoniem voor ‘met aandacht’. Het is dus allemaal niet meer zo nieuw en trending. Dat is ook te zien aan het dalende aantal inschrijvingen voor de groepstrainingen in mindfulness, zowel in België als Nederland. Tegelijkertijd zijn mensen nog steeds op zoek naar verstilling en ze blijken hun weg ook online te vinden. Zo heeft de app Insight Timer (een applicatie waar experts meditatie delen) maar liefst vijftien miljoen gebruikers. In dit artikel lichten we het concept ‘mindfulness’ toe, staan we stil bij een aantal toepassingen in het werkveld en sluiten we af met een kritische noot.

## Wat is mindfulness?

Hoezeer mindfulness ook bekend in de oren klinkt, toch bestaan er nog steeds misvattingen over, ook onder klinici. Mindfulness wordt immers vaak als een paraplu begrip gebruikt en zelfs experts komen niet tot een eenduidige definitie (Van Dam et al., 2017). Mindfulness als “het geven van aandacht op een bepaalde manier: doelgericht, in het heden en niet-veroordelend” is een populaire definitie afkomstig van Kabat-Zinn (1994, p. 4), grondlegger van de seculiere mindfulness. Volgens deze definitie verwijst mindfulness naar volledig aandacht hebben in het hier en nu voor alles wat zich voordoet in de directe ervaring.

Het doel van mindfulness is dus niet om zonder gedachten te zijn, noch om emoties uit de ervaring te bannen of om een gelukzalige staat te bereiken. Oefenen van stabiele aandacht – wat een vaardigheid is – kan door middel van ‘ankers’ in en buiten het lichaam, waaronder de adem en geluiden. Dankzij de focus op een anker kan men automatische gedragspatronen en neigingen evenals de inhoud van gedachten helderder zien. De beoefenaar identificeert zich hierdoor minder met zijn zorgen en oordelen. Door dat anker ontstaat ook de ruimte om emoties en sensaties te doorvoelen in het lichaam. Als dat te heftig blijkt te zijn, kan men steeds kiezen om terug te keren naar de stabiele aandachtsfocus

of om welbewust – eerder dan reactief – een zorgzame actie te ondernemen, waaronder afleiding. Wat men precies kiest, doet er eigenlijk niet toe. Het is het zelfbeschikkingsrecht dat telt te midden van de aangename, onaangename en neutrale momenten in ons leven. Mindfulness is geen therapie. De een kan al van nature meer mindfulvaardig zijn dan de ander (Hanley & Garland, 2017), en diegene met de meeste kansen tot beoefening van mindfulnessvaardigheden kan hiermee zelfs zijn persoonlijkheid beïnvloeden (Van den Hurk et al., 2011).

In de loop van 2020 werden we geconfronteerd met de coronapandemie. Massaal ontwaakten we uit de illusie dat alles voorspelbaar is, dat we de touwtjes in handen hebben. We werden op een abrupte manier herinnerd aan de kwetsbaarheid van het leven, en iedereen was genoodzaakt om zich aan te passen aan een nieuwe leefsituatie, al dan niet tijdelijk. Mensen reageerden erg verschillend op die nieuwe realiteit. Sommigen konden dankzij de maatregelen eindelijk herademen van de ratrace die hun leven geworden was; anderen verloren zich dan weer helemaal in verveling, eenzaamheid, angst of verdriet.

Als we mindfulness beoefenen, zien we de obstakels in ons dagelijkse leven evenals de hulpbronnen waar we kracht uit kunnen putten. Een pandemie hoeft ons dan niet wakker te schudden. Meer nog, door stabiele aandacht te trainen, kunnen we stabiliteit vinden in onszelf te midden van een veranderende wereld. We doen dan steeds minder een beroep op ingesleten, bekende gedrag patronen en reageren creatiever op een uitdaging. Onvoorspelbaarheid accepteren als een onvermijdelijk aspect van het leven volgt uit de mindfulnessbeoefening. Wie dat doet, houdt altijd de regie, ongeacht wat er zich buiten zichzelf afspeelt. Naast acceptatie van wat niet te veranderen is, ziet de mindfulnessbeoefenaar ook helder waar hij wel controle over heeft. Zo neemt de daadkracht toe om het leven vorm te geven volgens de eigen behoeften en een actieve rol te vervullen in de maatschappij. Het beoefenen van mindfulness zou bovendien gunstige veranderingen teweegbrengen in het lichaam (Black & Slavich, 2016), de hersenen (Fox et al., 2014) en op genetisch niveau (Schutte & Malouff, 2014).

De component ‘vriendelijkheid’ – als overtreffende trap van ‘zonder oordeel’ – voor een ervaring is van een grote toegevoegde waarde in de schatkist van de mindfulnessbeoefenaar. Vooral als men te maken heeft met moeilijke ervaringen. In de literatuur spreekt men in dat geval over ‘zelfcompassie’ (Neff, 2018). De focus ligt dan niet zozeer op helderheid, maar op een zachtmoedige wijze om het lijden te verlichten. Het gaat erom zichzelf te benaderen zoals men zijn beste vriend(in) benadert, onvoorwaardelijk en betrokken. Hierdoor verschuift zelfkritiek naar de achtergrond en ontstaat er ruimte voor groei (Neff, 2018). Men kan dat net als mindfulness trainen.

## Toepassing

Inmiddels zijn er heel wat mindfulnessbased interventies (MBI's) ontworpen voor uiteenlopende doelgroepen (zie: American Mindfulness Research Association [AMRA], <https://goamra.org/>). Zo zijn MBI's succesvol bij preventie (van terugval) of als aanvulling van een behandeling van diverse psychische problematieken, waaronder depressie (Segal & Williams, 2010), angststoornissen (Gratz, Tull, & Wagner, 2005), verslavingsproblemen (Chiesa & Serretti, 2013), eetstoornissen (Atkinson & Wade, 2016), ADHD en oppositionele-opstandige stoornis (Muratori et al., 2020) en obsessieve-compulsieve stoornissen (Gasnier et al., 2017). Uit een meta-analyse van Goldberg et al. (2018) blijken de MBI's vooral effectief te zijn bij pijn, depressie en (rook)verslavingen. Toeval of niet, hiervoor bestaan specifieke trainingsprotocollen. Hieronder volgen enkele voorbeelden.

Mindfulnessbased stressreductie (MBSR) was het eerste protocol dat beschikbaar kwam. Het werd in 1979 door Kabat-Zinn ontwikkeld om de levenskwaliteit te verhogen van uitbehandelde patiënten met chronische pijn en stressklachten. Het programma omvat acht sessies van telkens drie uur die men in een groep van – idealiter – ongeveer vijftien deelnemers volgt. Formele oefeningen in de vorm van meditatie en yoga, informele oefeningen om aandacht te cultiveren in het dagelijkse leven en algemene psycho-educatie over stress en automatische patronen zijn enkele kernaspecten van het programma. De training omvat een systematische aanpak om nieuwe soorten controle en wijsheid in het leven te cultiveren. De deelnemers rapporteren een vermindering van ernstige lichamelijke symptomen evenals meer geduld met zichzelf en meer aanvaarding van hun beperkingen. Ook zijn ze minder angstig, depressief en kwaad. Aan het programma hebben mensen met een breed scala van medische klachten deelgenomen, zoals hoofdpijn, hoge bloeddruk, rugpijn, hartkwalen, kanker en aids (Kabat-Zinn, 2000).

Williams en collega's zagen in MBSR veel potentieel voor mensen die steeds terugvallen in een depressieve episode. Zij namen dat groepsprogramma als uitgangspunt en voegden er aspecten uit de klassieke cognitieve gedragstherapie aan toe, met als resultaat het protocol voor mindfulnessbased cognitieve therapie (MBCT). Dat programma wil de deelnemers het vermogen bijbrengen om in periodes van een mogelijke terugval gemoedstoestanden te herkennen. De deelnemers leren zichzelf in stand houdende patronen van rumineren en negatief denken los te laten. In hun onderzoek zagen ze vooral minder terugval bij mensen die twee of meer depressies achter de rug hadden (Segal & Williams, 2010; Teasdale et al., 2000).

Bowen et al. (2009) ontwierpen de mindfulnessbased terugvalpreventie als nazorgprogramma voor personen met een verslavingsproblematiek. De terugvalpreventiecomponent

van dat programma werd ontleend aan het cognitieve-gedragsmatige kader voor de preventie van terugval in middelenmisbruik van Marlatt en Gordon (1985). De focus ligt op het vergroten van het bewustzijn van triggerende situaties en signalen, en op het verminderen van de cognitieve en gedragsreactiviteit. Ook wordt er gestreefd naar acceptatie en tolerantie van positieve en negatieve fysieke, emotionele en cognitieve toestanden, zoals hunkering. De deelnemers blijken na de training een grotere afname van hunkering te ervaren en een toename van acceptatie en bewust handelen in vergelijking met een controlegroep.

Om in ons volwassen leven lijden te voorkomen, wordt er gepleit voor vroege preventie waarbij de focus ligt op de kwaliteit van de ouder-kindrelatie (Gerhardt, 2018; Hadadian & Merbler, 1996; Vliegen & Verhaest, 2020). Uit onderzoek blijkt dat vaardigheden in mindfulness op volwassen leeftijd samenhangen met een veilige hechtingsstijl (Pepping & Duvénage, 2016). De kwaliteit van de ouder-kindrelatie wordt echter vaak op de proef gesteld door de stress die nieuwe ouders ervaren. Niet alleen moeten ze zorgen voor een nieuw mensje, vaak zonder al te veel kennis van hoe dat moet, dikwijls leven ze zo afgescheiden van andere gezinnen dat ze slechts weinig van elkaar kunnen leren en goede praktijken kunnen overnemen (Gerhardt, 2018). In het slechtste geval kampen moeders na de bevalling – volgens de World Health Organization (2016) dertien procent – met een mentale stoornis, vooral een depressie. Ouders die stress ervaren, vangen de signalen van hun kind minder goed op en reageren moeizamer op diens behoeften (Siegel & Hartzell, 2014). Wellicht kan de groepstraining ‘Mindful met je baby/peuter’ (Potharst, Aktar, Rexwinkel, Rigterink, & Bögels, 2017; Zeegers et al., 2019) ouderlijke stress verminderen en zorgen voor een kwaliteitsvolle ouder-kindrelatie. Die training op basis van MBSR/MBCT wordt vooral gekenmerkt door de toevoeging van kijkmeditaties naar de kinderen die aanwezig zijn bij de training. Onderzoek toont aan dat moeders meer welzijn en minder opvoedingsstress ervaarden, en de baby’s/peuters vertoonden meer positieve reacties. Ook observeerden de onderzoekers dat het gedrag van de moeders meer accepterend was, meer gericht op de mentale wereld van het kind en dat ze in de onderlinge interactie meer ruimte creëerden om het kind te laten antwoorden. Dat effect bleef behouden na een follow-up van acht weken. De onderzoekers geven twee verklaringen voor het gedrag van de baby en de moeder: enerzijds vertonen de baby’s meer positieve reacties dankzij de kwaliteit van de aandacht van hun moeder, anderzijds herkent de moeder beter het positieve affect bij haar baby (Potharst et al., 2017; Zeegers et al., 2019).

Bij al die trainingen zijn huiswerkopdrachten cruciaal. Van de deelnemers wordt verwacht dat ze dagelijks voldoende tijd nemen om thuis te mediteren en daarbij audiomateriaal gebruiken, en dat ze hun ervaringen en reflecties in een dagboek noteren. Inmiddels zijn er nog meer programma’s gebaseerd op MBSR/MBCT ontwikkeld, toepasbaar bij individuen, kinderen, zorgverleners of implementeerbaar op scholen of de werkvloer.

## Kanttekeningen

In 2017 waarschuwde een team van onderzoekers voor de hype rond mindfulness (Van Dam et al., 2018). De weldadige werking ervan werd al te vaak gegeneraliseerd, ook door populaire media. De moeilijkheden rond de conceptualisering maken het onderzoek van mindfulness niet eenvoudig en bovendien maakt men vaak gebruik van een zwak onderzoeksdesign. Geen enkel therapeutisch of trainingsprogramma is bovendien volledig vrij van risico's. Schadelijke gevolgen van de beoefening van mindfulness blijken eerder uitzonderlijk te zijn, maar hierbij dient opgemerkt te worden dat er nog niet veel onderzoek naar gedaan is. Neveneffecten – zoals psychose, depersonalisatie, angst, paniek – werden tot nu toe wel gedocumenteerd in casestudies (Van Dam et al., 2018).

Bear en Kuyken (2016) adviseren dat wie interesse heeft in mindfulness, het best start met een laagintensief (zelfhulp)programma. Voor diegene die een intensiever traject wil, adviseren ze met klem op zoek te gaan naar een gecertificeerde trainer die met een MBI werkt. Wie kampt met psychische problemen, vraagt bovendien het best eerst advies aan zijn hulpverlener alvorens met een mindfulnesstraject te starten. De mindfulnesstrainer moet in dat geval voldoende ervaring en kunde als begeleider hebben. Tot slot, mensen met interesse in een hoogintensief traject – in de vorm van een retraite – dienen er zich bewust van te zijn dat die trajecten vaak begeleid worden door meditatieleraren en niet door hulpverleners. De effecten van retraites zijn overigens weinig onderzocht. Bear en Kuyken (2016) adviseren dan ook om, alvorens hiermee te starten, een consult met de trainer aan te vragen, of het voornemen met een hulpverlener te bespreken als men met psychische problemen kampt. Verder onderzoek is nodig om de intensiteit van de training af te stemmen op de mogelijkheden van de deelnemers. Ook is het nodig om de risico's nader te onderzoeken, zodat die geminimaliseerd kunnen worden en trainers hierin verder opgeleid kunnen worden.

Rekening houdend met de beperkte onderzoeksgegevens, belichten Van Vreeswijk, Broersen, en Schurink (2014) de belangrijkste contra-indicaties. Het betreft: 1. zeer ernstige As I-stoornissen, waarbij patiënten niet in de mogelijkheid zijn om zich te kunnen concentreren op oefeningen of waar oefeningen vanaf het begin overdreven belastend lijken, 2. ernstige leerstoornissen, en 3. gebrek aan ondersteuning voor deelname aan de training in het sociale netwerk van de patiënt. Specifieke contra-indicaties voor een groepsgerichte mindfulnessstraining zijn: 1. gebrek aan empathisch vermogen, en 2. gehoorstoornissen.

Treleaven (2018) plaatst een waarschuwing bij het toepassen van mindfulness bij post-traumatische stress, waarbij hij verwijst naar de 'window of tolerance' (het optimale spanningsniveau waarin men emoties kan reguleren). Een training in mindfulness kan volgens

die auteur zeker een belangrijke bijdrage leveren om tot integratie van het trauma te komen, op voorwaarde dat de mindfulnessinstructie wordt aangepast en de mindfulnesstrainer voldoende kennis van psychotrauma heeft. De trainer moet onder andere in staat zijn om hyper- en hypoarousal waar te nemen bij de deelnemer. Hierbij is het essentieel dat hij passende, alternatieve ankers kan aanbieden die zorgen voor stabilisatie. Voorbeelden hiervan zijn: het openen van de ogen en zich oriënteren in de ruimte, handen op de dijen voelen, de aandacht brengen naar wat aangenaam voelt, of geluiden waarnemen.

## Tot slot

Mindfulness is slechts één manier om inzicht en helderheid in zichzelf te bereiken en het gedrag aan te passen. De beoefening ervan gebeurt het best op basis van een vrije keuze, dus niet onder sociale druk. Dat geldt ook voor de trainingen die aan kinderen en jongeren, eventueel in schoolverband, worden aangeboden. Het is dan ook van het grootste belang dat geïnteresseerden vooraf voldoende informatie krijgen over de verschillende mogelijkheden, zodat de juiste match plaats kan vinden (Bear & Kuyken, 2016). Is dat nu niet mindfulness?

## Literatuur

- Atkinson, M.J., & Wade, T.D. (2016). Does mindfulness have potential in eating disorders prevention? A preliminary controlled trial with young adult women. *Early Intervention in Psychiatry*, 10, 234-245. doi:10.1111/eip.12160
- Bear, R., & Kuyken, W. (2016, oktober). *Is mindfulness safe?* Geraadpleegd via <https://www.oxfordmindfulness.org/news/is-mindfulness-safe/>
- Black, D.S., & Slavich, G.M. (2016). Mindfulness meditation and the immune system: A systematic review of randomized controlled trials. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1373, 13-24. <https://doi.org/10.1111/nyas.12998>
- Bowen, S., Chawla, N., Collins, S.E., Witkiewitz, K., Hsu, S., Grow, J., ... Marlatt, A. (2009). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A pilot efficacy trial. *Substance Abuse*, 30, 295-305. <https://doi.org/10.1080/08897070903250084>
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2014). Are mindfulness-based interventions effective for substance use disorders? A systematic review of the evidence. *Substance Use & Misuse*, 49, 492-512. doi:10.3109/10826084.2013.770027
- Fox, K.C.R., Nijeboer, S., Dixon, M.L., Floman, J.L., Ellamil, M., Rumak, S.P., ... Christoff, K. (2014). Is mediation associated with altered brain structure? A systematic review and meta-analysis of morphometric neuroimaging in meditation practitioners. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 43, 48-73. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.03.016>
- Gasnier, M., Pelissolo, A., Bondolfi, G., Pelissolo, S., Tomba, M., Mallet, L., & N'diaye, K. (2017). Les interventions basées sur la pleine conscience dans le trouble obsessionnel compulsive: mécanismes d'action et présentation d'une étude pilote. *L'Encéphale*, 43, 594-599. doi:10.1016/j.encep.2016.10.004
- Gerhardt, S. (2018). *Waarom liefde zo belangrijk is* (2<sup>de</sup> ed.). Schiedam: Scriptum.

- Goldberg, S.B., Tucker, R.P., Greene, P.A., Davidson, R.J., Wampold, B.E., Kearney, D.J., & Simpson, T.L. (2018). Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 59, 52-60. <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.cpr.2017.10.011>
- Gratz, K.L., Tull, M.T., & Wagner, A.W. (2005). Applying DBT mindfulness skills to the treatment of clients with anxiety disorders. In S.M. Orsillo & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualizations and treatment* (pp. 147-161). New York, NY: Springer.
- Hadadian, A., & Merbler, J. (1996). Mother's stress: Implications for attachment relationships. *Early Child Development and Care*, 125, 59-66. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/0300443961250105>
- Hanley, A.W., & Garland, E.L. (2017). The mindful personality: A meta-analysis from a cybernetic perspective. *Mindfulness*, 8, 1456-1470. doi:10.1007/s12671-017-0736-8
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are*. New York, NY: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (2000). *Handboek meditatie ontspannen*. Haarlem: Altamira.
- Marlatt, G.A., & Gordon, J.R. (Eds.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York, NY: Guilford Press.
- Muratori, P., Conversano, C., Levantini, V., Masi, G., Milone, A., Villani, S., ... & Gemignani, A. (2020). Exploring the efficacy of a mindfulness program for boys with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder. *Journal of Attention Disorders*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/1087054720915256>
- Neff, K. (2018). *Zelfcompassie* (13<sup>de</sup> ed.). Amsterdam: De Bezige Bij.
- Pepping, C.A., & Duvenage, M. (2016). The origins of individual differences in dispositional mindfulness. *Personality and Individual Differences*, 93, 130-136. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.05.027>
- Potharst, E.S., Aktar, E., Rexwinkel, M., Rigterink, M., & Bögels, S.M. (2017). Mindful with your baby: Feasibility, acceptability, and effects of a mindful parenting group training for mothers and their babies in a mental health context. *Mindfulness*, 8, 1236-1250. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0699-9>
- Schutte, N.S., & Malouff, J.M. (2014). A meta-analytic review of the effects of mindfulness meditation on telomerase activity. *Psychoneuroendocrinology*, 42, 45-48. doi.org/10.1016/j.psychoneu.2013.12.017
- Segal, Z.V., & Williams, J.M.G. (2010). *Aandachtgerichte cognitieve therapie bij depressie* (4<sup>de</sup> ed.). Amsterdam: Nieuwezijds.
- Siegel, D., & Hartzell, M. (2014). *Parenting from the inside out* (10th ed.). London, UK: Scribe.
- Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Ridgeway, V., Soulsby, J., & Lau, M. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.68.4.615>
- Treleaven, D.A. (2018). *Trauma-sensitive mindfulness*. New York, NY: W.W. Norton.
- Van Dam, N.T., Van Vugt, M.K., Vago, D.R., Schmalzl, L., Saron, C.D., Olendzki, A., ... Meyer, D.E. (2018). Mind the hype: A critical evaluation and prescriptive agenda for research on mindfulness and meditation. *Perspectives on Psychological Science*, 13, 36-61. <https://doi.org/10.1177/1745691617709589>
- Van den Hurk, P.A.M., Wiggins, T., Giommi, E., Barendregt, H.P., Speckens, A.E.M., & Van Schie, H.T. (2011). On the relationship between the practice of mindfulness meditation and personality: An exploratory analysis of the mediating role of mindfulness skills. *Mindfulness*, 2, 194-200. doi:10.1007/s12671-011-0060-7
- Van Vreeswijk, M., Broersen, J., & Schurink, G. (2014). *Mindfulness and schema therapy: A practical guide*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Vliegen, N., & Verhaest, Y. (2020). *Vroege ontwikkeling alle kansen geven*. Antwerpen: Pelckmans Pro.
- World Health Organization. (2016). *Maternal mental health*. Geraadpleegd via [https://www.who.int/mental\\_health/maternal-child/maternal\\_mental\\_health/en/](https://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/)
- Zeegers, M.A.J., Potharst, E.S., Veringa-Skiba, I.K., Aktar, E., Goris, M., Bögels, S.M., & Colonesi, C. (2019). Evaluating mindful with your baby/toddler: Observational changes in maternal sensitivity, acceptance, mind-mindedness, and dyadic synchrony. *Frontiers in Psychology*, 10. dx.doi.org/10.3389%2Ffpsyg.2019.00753

## Personalialia

Lydia Castiglione, klinisch psycholoog, zorgcoördinator en mindfulnesstrainer.

E-mail: [lydia.castiglione@gmail.com](mailto:lydia.castiglione@gmail.com)

## Verantwoording

De auteur geeft mindfulnessstrainingen bij het Instituut voor Aandacht en Mindfulness (<https://aandacht.be>).