

Mindfulness en cognitieve therapie bij depressie

Tweede editie

Zindel V. Segal
J. Mark G. Williams
John D. Teasdale



UITGEVERIJ NIEUWEZIJD'S

Beperkte toestemming tot kopiëren van de handouts

Deze materialen zijn uitsluitend bedoeld voor gebruik door erkende professionals in de geestelijke gezondheidszorg.

De uitgever kent de individuele koper van dit boek het onoverdraagbare recht toe om die handouts te vermenigvuldigen waarbij de toestemming tot fotokopiëren in een voetnoot is vermeld. Deze licentie geldt alleen voor u, de individuele koper, voor het gebruik met uw cliënten en patiënten. Zij geldt niet voor samenwerkende klinici of groepspraktijken, en de aanschaf door een instelling geeft niet het recht op een site-licentie. Deze licentie geeft niet het recht om de materialen te vermenigvuldigen met het oog op doorverkoop, verspreiding, of enig ander doel (zoals door middel van boeken, pamfletten, artikelen, blogs, video- of audiotapes, handouts en sheets voor lezingen of workshops). Toestemming tot vermenigvuldigen voor deze en andere doelen moet op schrift zijn verstrekt door Uitgeverij Nieuwezijds.

Zie blz. 425 voor de gebruiksvoorwaarden van de audiobestanden.

Eerste editie (vier oplagen) april 2004

Tweede editie juni 2013

Oorspronkelijke titel: *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: Second edition*, New York: The Guilford Press, 2013.

Uitgegeven door: Uitgeverij Nieuwezijds, Amsterdam

Vertaling: René van de Weijer, Stanneke Wagenaar en Janine Langeveld

Zetwerk: Holland Graphics, Amsterdam

Omslag: Studio Jan de Boer, Amsterdam

© 2013, The Guilford Press

© Nederlandse vertaling 2013, Uitgeverij Nieuwezijds

ISBN 978 90 5712 389 4

NUR 772



Bij de productie van dit boek is gebruikgemaakt van papier dat het keurmerk van de Forest Stewardship Council (FSC) mag dragen. Bij dit papier is het zeker dat de productie niet tot bosvernietiging heeft geleid.

Behalve in de hierboven genoemde gevallen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm, geluidsband, elektronisch of op welke andere wijze ook en evenmin in een retrieval system worden opgeslagen zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

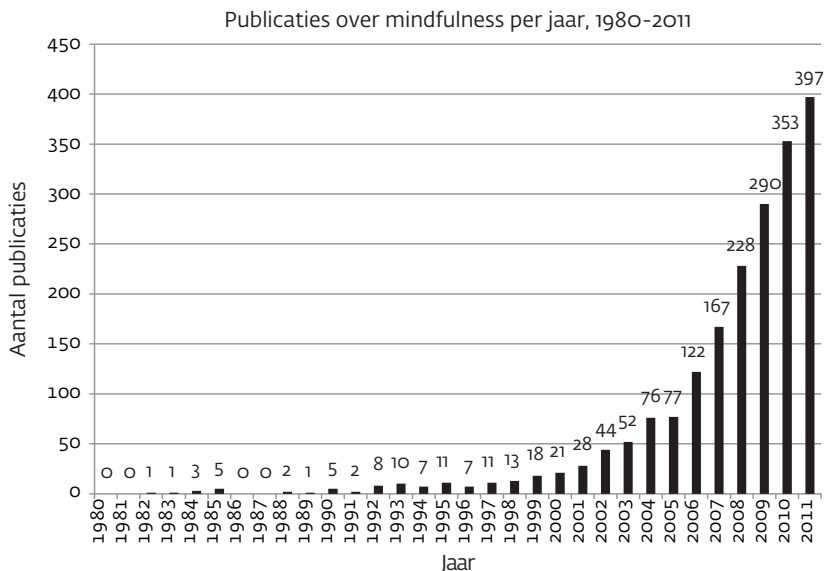
Hoewel dit boek met veel zorg is samengesteld, aanvaarden schrijver(s) noch uitgever enige aansprakelijkheid voor schade ontstaan door eventuele fouten en/of onvolkomenheden in dit boek.

Woord vooraf

Ik begon het voorwoord van de eerste editie van dit boek met de woorden: *Aandachtgerichte cognitieve therapie bij depressie* is in mijn ogen een baanbrekend boek. Dit kan ik niet langer zeggen. Tien jaar geleden was het baanbrekend. Nu is het gepaster en accurater om te zeggen dat deze nieuwe, herziene, en bijgewerkte editie niets minder dan transformationeel is. Als professioneel boek, en als behandelingshandleiding in het bijzonder, verleent het een nieuwe betekenis aan de begrippen authenticiteit, oprechtheid en relationaliteit, niet alleen door de manier waarop het is opgebouwd, maar belangrijker nog, door de manier waarop de lezer wordt aangesproken en het onderwerp wordt verwoord.

Hoewel de achterliggende gedachte uiteraard was om een belangrijk verschil te maken voor mensen die grote kans op een depressieve terugval lopen, heeft de eerste editie van dit fenomenale boek alle verwachtingen overtroffen. De verschijning ervan veroorzaakte wereldwijd een lawine aan belangstelling, klinische toepassingen en onderzoeken, sterker nog, het creëerde in de psychologie en psychotherapie een geheel nieuw en zeer geavanceerd *evidence-based* veld dat vijftien jaar geleden nog niet bestond. Het lijkt geen twijfel dat de eerste editie en het werk van de auteurs waarop die was gebaseerd in hoge mate heeft bijgedragen aan de stijgende curve van het aantal wetenschappelijke artikelen die verwijzen naar mindfulnessonderzoeken in de wetenschappelijke en medische literatuur (figuur 1). Op het moment van schrijven vertoont deze curve geen enkel teken van een dalende lijn.

Tijdens het lezen van deze nieuwe versie, die tien jaar na de eerste editie verschijnt, waren er twee dingen die me opvielen. Ten eerste hoeveel uitstekend nieuw materiaal is toegevoegd, niet alleen in de vorm van nieuwe hoofdstukken, maar ook door subtiele wijzigingen in de tekst zelf. Hierdoor worden een aantal belangrijke elementen nog eens verder uitgewerkt, toegelicht en onderstreept waarvan na tien jaar praktijkervaring duidelijk is gebleken dat ze niet alleen essentieel zijn voor een effectieve toepassing van op mindfulness gebaseerde cognitieve therapie (*mindfulness-based cognitive therapy* of MBCT)



Figuur 1 Zoekresultaten na invoering van de zoekterm 'mindfulness' in de ISI Web of Knowledge-database op 19 maart 2012. De zoekopdracht was beperkt tot publicaties met samenvattingen in het Engels. Grafiek gemaakt door David Black, MPH, PhD, Cousins Center for Psychoneuroimmunology, Semel Institute for Neuroscience and Human Behavior, University of California, Los Angeles. Gebaseerd op Williams en Kabat-Zinn (2011).

in een klinische setting, maar ook voor het begrip van het onderliggende en zeer helder beschreven theoretische raamwerk. Ten tweede werd ik tijdens het heen en weer switchen tussen deze editie en de vorige om te zien wat er, en op welke manieren, precies veranderd was, opnieuw diep geraakt door de grondigheid, fraaie opzet en gedegen onderbouwing van de eerste editie, die geschreven is op een toon die tegelijkertijd uitnodigend, logisch, onopdringerig en bescheiden is. Ik was het vergeten. Al dat goud is nog steeds aanwezig. De auteurs hebben grote delen van het boek wijselijk onveranderd gelaten, aangezien de grondgedachte, structuur en uitdagingen van het onderwijzen van MBCT niet gewijzigd zijn. In dit materiaal hebben de auteurs nu naadloos andere essentiële ingrediënten verweven die de eerste keer met opzet achterwege waren gelaten om redenen die de auteurs zelf toelichten. Het resultaat is deze nieuwe turboversie van MBCT, die we MBCT 2.0 zouden kunnen noemen. Hoewel deze editie in essentie niet afwijkt van de eerste, is deze nu volledig bijgewerkt, toegankelijker, completer, ondersteunender en uitdrukkelijker in wat ervoor nodig is om een dergelijke therapie te leveren, wat tenslotte ook het doel van een behandelingshandleiding is.

Net zoals in de eerste editie laten de auteurs telkens opnieuw zien dat ze meesterlijke klinici zijn. Dit blijkt bijvoorbeeld uit hun terughoudendheid en voorzichtigheid ten aanzien van het gebruik van zelfcompassiemeditaties

bij bijzonder kwetsbare individuen. Daarnaast zijn ze even vaardige mindfulnesstrainers. Het nieuwe hoofdstuk over inquiry, of dialoog met de groep, bevat een gedegen uitleg over dit element van op mindfulness gebaseerde therapieën dat veel therapeuten ondoorzichtig of lastig vinden. Het is misschien nog steeds lastig, maar we kunnen niet langer zeggen dat het ondoorzichtig is. De auteurs hebben op een nooit eerder vertoonde manier met precisie, gevoeligheid en vaardigheid het onontleedbare ontleed en het onbeschrijfbaar beschreven. Ik denk dat alle mindfulnesstrainers enorm profijt zullen hebben van hun helderheid en bemoediging op dit vlak.

Ik heb zelf altijd gearzeld om ook maar enig aspect van een op mindfulness gebaseerde behandeling op papier te zetten voor anderen die een dergelijk programma zouden willen implementeren, omdat de belangrijkste stelregel is dat het onderricht gebaseerd moet zijn op de eigen ervaring. Je zou kunnen zeggen dat het bottenstelsel van het lesmateriaal moet worden ondersteund door het vlees en de spieren van de eigen praktijkervaring. In deze editie hebben de auteurs heel duidelijk gemaakt dat zij dit ook zo zien, met andere woorden, dat het niet alleen aan te bevelen, maar van essentieel belang is om uit je eigen diepe, multidimensionale en rijkgeschakeerde meditatie-ervaring te kunnen putten teneinde het lesmateriaal goed te kunnen onderwijzen. Ze zeggen niet dat je geen elementen uit dit werk kunt gebruiken als je zelf geen continue mindfulnessbeoefening als basis hebt. Maar wat ze wel expliciet zeggen, is dat het werk slechts MBCT mag heten als het daadwerkelijk op de eigen persoonlijke beoefening van de trainer gegrondvest is. Ze zijn op dit punt zowel resoluut als mededogend. Waarom? Omdat er eenvoudigweg geen andere manier is om deze oefeningen op anderen over te brengen en oprecht en diepgaand op hun ervaringen in te gaan dan ze zelf gedurende een langere periode beoefend te hebben. Anders kan de behandeling, zoals de auteurs zelf zeggen, onmogelijk 'op mindfulness gebaseerd' zijn, en als dit niet het geval is, kan het onmogelijk MBCT zijn.

Hier een fragment om een idee te geven van de toon van het boek:

Het uiteindelijke doel van het MBCT-programma is mensen te helpen heel anders om te gaan met de gedachten, gevoelens en lichamelijke gewaarwordingen die een depressieve terugval bevorderen. Interpretatie en oriëntatie van de trainer zelf zijn van grote invloed op dit proces. Deze interpretatie kleurt namelijk, of de trainer dat nu beseft of niet, de manier waarop elke oefening wordt gepresenteerd, elke interactie wordt behandeld. Het cumulatieve effect van die kleuring is dat, wat de expliciete boodschap van de trainer ook is, de aard van zijn elementaire, impliciete interpretatie toch de belangrijkste factor is, ten goede of ten kwade (blz. 58).

Dit is de reden waarom het zo belangrijk is voor trainers (merk op dat ze geen 'therapeuten' zeggen) om zich bewust te zijn van deze elementaire, impliciete

interpretaties en hun relatie ermee door middel van hun eigen meditatiebeoefening te verfijnen en reguleren.

Ergens anders zeggen ze: 'De kenmerkende kwaliteit van een MBCT-cursus is in feite dat de deelnemers eerder als gasten dan als patiënten worden behandeld, en wel met warme gastvrijheid en respect voor alleen al de moed die ze tonen om te komen' (blz. 125).

En nogmaals:

Zowel uit onderzoek als uit onze klinische ervaring blijkt dat mensen moeilijke situaties pas vroegtijdig herkennen en kunnen aanpakken wanneer ze hebben geleerd anders om te gaan met het 'slagveld' van hun gedachten en gevoelens. Dat vereist een andere geestelijke instelling dan we normaal hebben en *die in veel therapieën gebruikelijk is*. De oude instelling om problemen te benoemen en te repareren wordt vervangen door een nieuwe, waarin je alles laat zoals het is om des te beter te kunnen zien hoe je er het best op kunt reageren (blz. 84, nadruk door mij toegevoegd).

Deze 'laissez faire'-benadering lijkt op het eerste gezicht misschien ondoorzichtig voor therapeuten, maar in de toepassing ervan ligt het potentieel verborgen voor diepgaande transformatie en bevrediging van zowel patiënt als therapeut. Druist dit in tegen de intuïtie? Misschien. De moeite waard om serieus te nemen? Zonder enige twijfel. Dit boek laat zien hoe de voorwaarden voor *deze manier van zijn ten opzichte van dingen* in feite geschapen en geoptimaliseerd kunnen worden.

Naast het hoofdstuk over het inquiryproces bestaat het nieuwe materiaal in deze editie uit mindful yoga; de mindfulnessdag in de zesde week van het programma; enkele hernoemde hoofdstukken om het doel van bepaalde sessies duidelijker te omschrijven; een hoofdstuk gewijd aan, en door het hele boek een sterkere en explicietere nadruk op, zelfcompassie, de belichaming van vriendelijkheid en de rol ervan in het lesmateriaal; aanvullende sessiehandouts; en een uitgebreid overzicht van het onderzoek dat tot nu toe is verricht ten behoeve van MBCT, en van het effect dat MBCT zou kunnen hebben op de neiging om terug te vallen in zware depressies. Deze editie brengt de biologie van de 'zijn-modus' en 'doe-modus' en het effect van mindfulness-training op lichaam en geest bij elkaar, en onderstreept daarmee het buitengewone potentieel van het ontwikkelen van aandacht en bewustzijn volgens de systematische manieren die zo kenmerkend zijn voor op mindfulness gebaseerde behandelingen.

Naar mijn mening draagt de introductie van mindfulness in de psychologische theorie en psychotherapie zoals dat door MBCT gebeurt het potentieel in zich om de discipline zelf en uiteindelijk ons begrip van de aard van de psyche en wat we het 'zelf' noemen, te verrijken en te transformeren. Recente hersenonderzoeken door de onderzoeksgroep van Zindel Segal (Farb et al.,

2007) hebben verschillende corticale netwerken aan het licht gebracht die de onderliggende structuur vormen voor twee verschillende modi van zelfreferentie: een experiëntiele, op het lichaam gebaseerde modus die is gegrondvest in het huidige moment, en een op gedachten gebaseerde modus die is gegrondvest in een verhaal over het verleden en de toekomst, en die op een bepaalde manier niet in contact staat met hoe de zaken er nu voorstaan. Het is gebleken dat mindfulnessstraining deze netwerken loskoppelt en daarmee nieuwe mogelijkheden voor leren, groei en heling genereert. Dergelijke bevindingen vormen het essentiële bewijs dat de auteurs op het juiste spoor zitten met hun theoretische raamwerk over depressieve piekergedachten en de centrale rol die deze in zware depressies spelen, en de waarde van mindfulness om van de doe-modus op de zijn-modus over te schakelen.

Ter afsluiting wil ik de auteurs feliciteren met het feit dat ze een zeer bruikbare en vriendelijke vorm van werken met lijden en de risico's van een depressieve terugval ter wereld hebben gebracht die een zeldzame effectiviteit en integriteit heeft. Deze werkwijze heeft ook andere toepassingsmogelijkheden die veel verder reiken dan depressiviteit alleen. Het zal interessant zijn om te zien wat er de komende tien jaar verder naar voren komt uit dit nog steeds onontgonnen gebied.

Jon Kabat-Zinn, PhD

Bronnen

- Farb N.A., Segal Z.V., Mayberg H., Bean J., McKeon D., Fatima Z., Anderson A.K. Attending to the present: Mindfulness meditation reveals distinct neural modes of self-reference. *Social Cognitive Affective Neuroscience* 2007; 2:313-322.
- Williams J.M.G., Kabat-Zinn J. Mindfulness: Diverse perspectives on its meaning, origins, and multiple applications at the intersection of science and dharma (speciale editie) *Contemporary Buddhism* 2011; 12(1): 1-18.

Inhoud

Online handouts en geleide meditaties	xvii
Inleiding	1
 DEEL I DEPRESSIE ALS UITDAGING	 7
1 Depressie werpt een lange schaduw	9
2 Waarom vallen mensen die van een depressie hersteld zijn terug?	19
3 Het ontwikkelen van MBCT	39
 DEEL II OP MINDFULNESS GEBASEERDE COGNITIEVE THERAPIE	 55
4 Doen en zijn	57
5 De cursus van acht sessies	71
6 Inleidend gesprek voorafgaand aan de cursus	85
7 Bewustzijn en automatische piloot – <i>Sessie 1</i>	99
8 Vriendelijkheid en zelfcompassie in MBCT	125
9 In ons hoofd wonen – <i>Sessie 2</i>	131
10 De verdeelde geest naar één punt brengen – <i>Sessie 3</i>	161
11 Afkeer herkennen – <i>Sessie 4</i>	195
12 Inquiry: de ervaringen met de meditaties met de groep bespreken	227
13 Toelaten/accepteren wat er is – <i>Sessie 5</i>	245
14 Gedachten zijn geen feiten – <i>Sessie 6</i>	273
15 De mindfulnessmeditatie dag	307
16 Hoe kan ik het best voor mezelf zorgen? – <i>Sessie 7</i>	313
17 Het geleerde vasthouden en uitbreiden – <i>Sessie 8</i>	339
18 Herhaling	357
 DEEL III EVALUATIE EN VERSPREIDING	 365
19 Werkt MBCT?	367
20 Hoe bereikt MBCT haar effect?	381
21 Van het papier naar de kliniek	393
Epiloog	399

Noten	401
Index	413
Over de auteurs	423
Geleide meditaties op internet	425

Online handouts en geleide meditaties

De eerste editie van deze handleiding bevatte een aantal formulieren en werkbladen voor MBCT-trainers die aan deelnemers konden worden uitgedeeld. In deze editie zul je dit soort formulieren opnieuw aantreffen; we verlenen bezitters van het boek met genoegen toestemming om deze materialen ten behoeve van hun cursusdeelnemers te kopiëren. (Zie de copyright-pagina voor details.)

Om het je gemakkelijk te maken, kun je de formulieren en werkbladen ook downloaden via www.nieuwezijds.nl/downloads en op een wat groter formaat afdrukken.

Ook kun je hier de speciaal voor dit boek ingesproken geleide meditaties beluisteren of downloaden. Veel deelnemers hebben aangegeven deze geleide meditaties nuttig te vinden, vooral als ze nog niet veel ervaring met meditatie hebben. Je kunt je cursusdeelnemers naar deze webpagina verwijzen zodat ze zelf toegang tot deze opnamen hebben. Een andere mogelijkheid is de meditaties zelf downloaden en ze op een cd of usb-stick zetten, om deze tijdens de eerste sessie aan de deelnemers uit te delen. Een overzicht van de online meditaties is te vinden op blz. 425.

Inleiding

We hadden nooit kunnen voorspellen dat de dingen zouden lopen zoals ze gelopen zijn. Wat je nu in je handen houdt is de tweede editie van een boek dat tien jaar geleden voor het eerst werd gepubliceerd, en voor ieder van ons in vele opzichten een geheel nieuwe koers inluidde. We konden niet vermoeden dat onze pogingen om terugvalprocessen bij depressie te begrijpen (en aan de hand daarvan een praktisch preventieplan uit te werken) zo'n grote invloed zouden hebben. Terugkijkend kunnen we nu zien dat Jon Kabat-Zinn in zijn voorwoord bij die editie een veel vooruitziendere blik had. Hij zei dat de geestelijke gezondheidszorg door de toepassing van mindfulness zou transformeren; dat inzicht proberen te krijgen in hoe deze oude wijsheidspraktijken de kernprocessen die kwetsbaarheid voor depressie in stand houden kunnen beïnvloeden, en wel in de context van het meest recente cognitieve onderzoek, voor iedereen verhelderend zou zijn, waardoor velen die hier anders weinig belangstelling voor zouden hebben, geïnteresseerd zouden raken in het enorme transformerende potentieel van het ontwikkelen van bewustzijn van moment tot moment.

Bij het schrijven van deze tweede editie kregen we met verschillende uitdagingen te maken. We moesten trouw blijven aan de intenties van het origineel, maar ook eerlijk zijn over eventuele fouten die we hadden gemaakt. We wilden de dingen die onduidelijk en verkeerd begrepen waren beter uitleggen. We wilden heel graag nieuwe ontwikkelingen in de theorie en praktijk delen, en deze beschrijven in het licht van onze ervaringen en nieuw toegevoegde elementen. Het moet bij een tweede editie duidelijk zijn wat er is veranderd en wat hetzelfde gebleven is.

In de eerste editie vertelden we het verhaal van hoe we in 1992 begonnen waren een onderhoudsvorm van cognitieve therapie te ontwikkelen, maar door laboratorium- en klinische bevindingen, en onze eigen ervaring, in een nieuwe richting werden geleid. Na tien jaar wetenschappelijk onderzoek en een klinisch onderzoek zetten we in 2002 in die editie ten slotte onze beste inzichten in het doorlopende risico van een depressieve terugval op papier, en een programma van acht sessies om dat risico te beperken.

De realiteit is dat we in 2002 een tamelijk stevige basis hadden voor de ideeën die aan het programma ten grondslag lagen, maar over relatief weinig bewijs beschikten voor de effectiviteit ervan. Mindfulness als behandelingsmethode voor depressie was ten slotte nieuw voor ons allemaal. Sterker nog, het probleem dat we probeerden op te lossen, was pas tamelijk kort tevoren in het depressieveld naar voren gekomen. Pas tegen het einde van de jaren tachtig van de vorige eeuw begonnen klinici in te zien dat als iemand eenmaal een keer een depressie had gehad, deze de neiging had om terug te keren. Eerdere behandelingsmethoden voor depressies waren begrijpelijkerwijs gericht op het behandelen van de acute episode; het verlichten van het intense lijden van de huidige depressie. Wij wilden iets anders doen: mensen helpen zich goed te blijven voelen nadat een episode voorbij was en het risico op een terugval verminderen. In het begin wisten we niet hoe we dit moesten doen. En we dachten al helemaal niet dat een methode als inzicht- of mindfulnessmeditatie een antwoord zou kunnen bieden.

In dit boek gaat het verhaal verder, beginnend met hoe we, op basis van wetenschappelijke literatuur en onze eigen onderzoeksbevindingen, op het idee kwamen dat deze methode om depressie te behandelen de moeite van het onderzoeken waard was. De eerste stap was om een beter theoretisch inzicht te krijgen in terugkerende depressies, de tweede om deze inzichten te implementeren. Dit ging niet bepaald van een leien dakje. De methode die later bekend zou worden als op mindfulness gebaseerde cognitieve therapie (*mindfulness-based cognitive therapy*, MBCT) was niet onze oorspronkelijke intentie, en zelfs toen we de weg begonnen in te slaan die ons naar mindfulness zou leiden, noemden we het geen MBCT.

In de eerste editie beschreven we uitvoerig onze reis van de uitdaging van depressie, via al onze valse starts, tot de voorlopige conclusie dat mindfulness enorm veel steun kan geven aan mensen die kwetsbaar zijn voor terugval. We moeten nu een stap verder gaan, aangezien er ondertussen meer studies bestaan die inzicht geven in de aard van depressie, en meer onderzoeken zijn gedaan naar de effectiviteit van antidepressiva en andere psychologische behandelingen, en of mindfulness effectief is en voor wie, en hoe het werkt. In 2002 waren er nog maar weinig onderzoeken aan de hand van hersenscans gedaan, nu bestaan er verschillende belangrijke onderzoeken naar wat er in de hersenen gebeurt als mensen mindfulness beoefenen.

Het verbazingwekkendste van alles is de totaal onverwachte explosie van belangstelling in het gebruik van mindfulness voor een groot aantal lichamelijke en geestelijke aandoeningen geweest. Om te begrijpen waarom dit gebeurde, op zijn minst op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg waarin wij werkzaam zijn, moeten we rechtstreeks teruggaan naar het begin van onze samenwerking. Want in die tijd hadden we geen enkele intentie om deze richting op te gaan. Hoe kwamen we dan in vredesnaam van daar naar hier?

Ons verhaal begint in de zomer van 1989. Toen waren Mark Williams en

John Teasdale beiden werkzaam op de afdeling Toegepaste Psychologie van de Medical Research Council in het Engelse Cambridge, en Zindel Segal, die op weg was naar het World Congress of Cognitive Therapy dat dat jaar in Oxford plaatsvond, ging in 1989 bij hen langs. We hadden veel met elkaar gemeen en hadden alle drie gewerkt aan psychologische modellen en behandelmethoden voor depressie. We zouden alle drie een lezing houden op het congres.

Tijdens die ontmoeting voorafgaand aan het congres spraken we over de problemen die het recente onderzoek naar cognitie en emotie opriep en over de vraag of de nieuwe ontwikkelingen op dit gebied inzicht boden in het ondermijnende effect van de combinatie van negatief denken en negatieve gevoelens bij depressie. Er viel heel wat uit te wisselen, wellicht omdat we elk op een andere manier bezig waren geweest met hetzelfde probleem, namelijk de invloed van depressie op je denken, waardoor dingen eerst vastlopen en daarna verslechteren.

Onze gesprekken gingen toentertijd hoofdzakelijk over de mechanismen die ten grondslag liggen aan de veranderingen in denken en voelen bij depressie, en niet over de behandeling van depressie. Eind jaren tachtig van de vorige eeuw bestond er immers al een aantal psychotherapieën waarvan de effecten overeenkwamen met die van antidepressiva. De kans leek klein dat verder onderzoek naar een methode om mensen met depressie te helpen, nog veel kon toevoegen.

Onze belangstelling ging eerder uit naar de vraag hoe we beter zouden kunnen voorspellen wie na een depressieve episode opnieuw depressief zou worden. De literatuur gaf op dat punt geen uitsluitsel. Eerder onderzoek leek uit te wijzen dat mensen die na hun herstel nog steeds dezelfde opvattingen over zichzelf ('Als ik het niet even goed doe als anderen, betekent dat dat ik een minderwaardig mens ben' of 'Mijn waarde als mens valt of staat met wat anderen over mij denken') of de wereld koesterden, meer kans liepen opnieuw depressief te raken. Die opvattingen zouden dat in de hand werken, voornamelijk omdat ze het gevoel van eigenwaarde koppelen aan gebeurtenissen, groot of klein, die men vaak niet in de hand heeft. Er was een vragenlijst ontworpen, de Disfunctionele attitudeschaal, om na te gaan in welke mate mensen aan die opvattingen vasthielden.

Onderzoekers werden echter steeds sceptischer over de invloed van die opvattingen op een terugval. Ze wezen erop dat patiënten die ze aan het eind van de behandeling nog steeds koesterden, wellicht nog niet geheel hersteld waren; in dat geval was het logisch dat de terugvalkans bij hen groter was. Het blijft nog steeds een feit dat de mate van resterende symptomen na behandeling een van de beste voorspellers van recidive is.

Er waren echter andere problemen met deze theorie over waarom depressie terugkomt. Uit diverse onderzoeken bleek zelfs dat patiënten die echt hersteld waren en van wie de depressiviteit dus tot het gemiddelde niveau van de bevolking was gedaald, van dit type denken geen blijk gaven. Hun scores op

kernovertuigingen en attitude waren normaal, ondanks het feit dat ze, naar wij wisten, een grote kans liepen opnieuw depressief te worden. Hoe kon worden aangetoond dat ze hiervoor vatbaar waren? Daar hebben we toen lang over doorgepraat – en we komen er later op terug. Hoe dan ook, het congres in Oxford vond plaats en na afloop vertrokken we ieder naar ons eigen academische thuisfront met de belofte contact te blijven houden.

Twee jaar later, in 1991, deed zich de gelegenheid voor weer bij elkaar te komen en dezelfde onderwerpen te bespreken. David Kupfer, hoofd van het Psychobiology of Depression Research Network van de John D. en Catherine T. MacArthur Foundation, had Zindel Segal gevraagd een ‘onderhoudsversie’ van cognitieve therapie te ontwikkelen voor depressieve patiënten die hersteld waren van hun acute episode. Op die manier kon men risicopatiënten na hun herstel blijven behandelen. Onderhoudstherapie werd minder vaak aangeboden dan reguliere therapie, maar heeft altijd hetzelfde doel: ex-depressiepatiënten helpen problemen te onderkennen en aan te pakken die tot depressie zouden kunnen leiden als ze genegeerd werden. David Kupfer en Ellen Frank hadden kort daarvoor een baanbrekend onderzoek gepubliceerd naar een onderhoudsvorm van interpersoonlijke therapie. Zou zo’n onderhoudsvorm ook van cognitieve therapie ontwikkeld kunnen worden? Zindel, inmiddels hoofd van de afdeling Cognitieve Gedragstherapie van het Clarke Institute of Psychiatry (tegenwoordig het Centre for Addiction and Mental Health, Clarke Division), nam contact op met Mark Williams (die Cambridge had verruild voor de University of Wales in Bangor en nu verbonden is aan de University of Oxford) en John Teasdale om de mogelijkheid van samenwerking aan een dergelijk project te bespreken.

Onze eerste ontmoeting vond plaats in Toronto, in april 1992. Uit de aantekeningen van die bijeenkomst komt naar voren hoe zo’n onderhoudsversie van cognitieve therapie eruit zou kunnen zien. Deze lijkt echter niet op de methode die wij uiteindelijk ontwikkelden. In de jaren daarna zouden we steeds meer afstand nemen van de versie van cognitieve therapie waarin elk van ons was opgeleid.

Zoals in dit boek wordt uitgelegd, begon dat al met het toevoegen van aandachtstraining aan onze cognitief therapeutische interventie. We kwamen erachter dat dit niet genoeg was. Vervolgens lieten we de ‘therapie’-structuur vallen om geheel binnen een mindfulnessbenadering te kunnen werken, waarin het accent lag op bewustwording van gedachten en gevoelens in plaats van op pogingen die te veranderen. Uiteindelijk kwamen we ertoe kernprincipes van de cognitieve therapie te verbinden met mindfulnessstraining en dit proces werd in de editie van dit boek uit 2002 uitgebreid uit de doeken gedaan.

Toen de eerste editie werd gepubliceerd, verbaasden we ons over de impact die het boek op de therapiewereld had. Al aan het begin van het ontwikkelingsproces van het MBCT-programma hadden we ons soms afgevraagd hoe het ontvangen zou worden. We hadden verwacht dat zelfs als het voor som-

mige mensen behulpzaam zou blijken te zijn, het slechts een marginale plek aan de rand van de therapeutische praktijk zou innemen. Het blijkt dat we de situatie volledig onderschat hebben. Om redenen die ons nog steeds enigszins duister zijn, sloot de mindfulnessbenadering aan op de heersende tijdgeest. In het licht van deze groeiende acceptatie begonnen therapeuten nu belangrijke vragen over deze nieuwe benadering te stellen, zoals: waarom zouden we voor MBCT kiezen, en wat is het? Is het effectief? Hoe werkt het? En wie kan het onderrichten?

Waarom zouden we kiezen voor MBCT, en wat is het? In 2002 begon dit verhaal zich nog maar net te ontvouwen. Nu, tien jaar later, moeten we bekijken wat er gebeurd is. In dit boek zullen we een update geven over de theorie en onderzoeken die pleiten voor een mindfulnessbenadering voor terugkerende depressies. We zullen aangeven welke veranderingen we in het programma zelf hebben aangebracht, welke aspecten we, zoals we ons nu realiseren, destijds niet duidelijk hebben uitgelegd, en welke misverstanden daaruit zijn ontstaan. We zullen nu proberen duidelijker te zijn. Om die reden zullen we voor elk onderdeel van het programma stilstaan bij de aspecten van mindfulness die hierdoor worden ontwikkeld, en proberen enkele veelgestelde vragen te beantwoorden.

Werkt het? Toen de eerste editie werd gepubliceerd, beschikten we slechts over de gegevens van één onderzoek dat had aangetoond dat deze interventie effectief was in het verkleinen van het risico op een terugval. Hoewel we het schrijven van het boek hadden uitgesteld tot we de uitkomst van dit onderzoek wisten, waren de gegevens in die fase nog erg preliminair. Konden ze herhaald worden? Na tien jaar weten we het antwoord op deze vraag. We zullen dan ook bekijken hoe deze behandelingsmethode het ervan af heeft gebracht in vijf nieuwe onderzoeksproeven, waarvan er twee MBCT hebben vergeleken met de meest gebruikte behandeling om een terugval te voorkomen: doorlopende toediening van antidepressiva. De resultaten zijn zeer consistent: deze benadering is erg effectief in het beperken van het risico op een terugval bij degenen die een lange en vaak terugkerende geschiedenis van depressie hebben.

Waarom werkt het? Op het moment dat de eerste editie uitkwam, hadden we op basis van onze theoretische analyse en enkele praktijkonderzoeken een sterk vermoeden van wat het bereik zou zijn van de cruciale mechanismen die mogelijk aan de effectiviteit van de interventie ten grondslag liggen. Maar er bestond nog weinig onderzoek naar de verandering in variabelen tijdens een achtweeks programma, of naar welk van deze veranderingen van essentieel belang zijn voor het voorkomen van recidive. De antwoorden die op dit moment naar voren komen, zijn fascinerend en dragen aanzienlijk aan onze kennis bij.

Wat moet een clinicus doen om zich voor te bereiden op het onderrichten van MBCT? In 2002 waren we hier niet zeker over. Nu, tien jaar later, zijn we betrokken geweest bij het trainen van honderden toekomstige MBCT-leraren

over de hele wereld. We willen onze beste huidige ideeën delen over welke achtergrond en ervaring een leraar het beste kan hebben. We begonnen het grote belang van deze factoren steeds duidelijker in te zien. Ten eerste opdat we degenen die voor hulp bij ons aankloppen niet schaden en ten tweede opdat we er zo het zekerst van kunnen zijn dat patiënten worden uitgenodigd aan een programma deel te nemen dat blijvende bevrijding van lijden zal opleveren. Het is voor ons nu ook helderder dan in 2002 dat wanneer we de term ‘op mindfulness gebaseerd’ gebruiken, we niet alleen verwijzen naar het feit dat datgene wat in een cursus of kliniek wordt geleerd ‘zijn basis in mindfulness’ heeft, maar ook dat de ‘basis’ waaruit de vaardigheid als leraar voortkomt zijn dagelijkse beoefening van mindfulness is. Voor alle duidelijkheid: leraren die van deze methode gebruikmaken, hebben niet alleen de vaardigheden als gekwalificeerde en betrouwbare professionals op hun eigen gebied nodig, maar ook de diepgang en het perspectief die alleen voortkomen uit weten, van binnenuit, wat mindfulness is en wat het niet is. Dit betekent dat *leraren* van mindfulness in hun eigen dagelijkse leven *beoefenaars* van mindfulness zijn. Als een leraar zelf niet doorlopend mindfulness beoefent, is dat wat onderwezen wordt geen MBCT.

We zullen nu eerst beginnen met wat algemene informatie over depressiviteit. Als we terugkijken op de twintig jaar sinds we met dit project zijn begonnen, bestaat er geen twijfel over dat depressie nog steeds een van de meest urgente problemen op het gebied van de geestelijke gezondheid is. Hoe zag de situatie er eind jaren tachtig van de vorige eeuw uit? En welke nieuwe perspectieven doemden op? We zullen zien dat de opvattingen geleidelijk verschoven: aanvankelijk zag men depressie als een op zichzelf staand fenomeen, later steeds meer als een chronische, terugkerende stoornis. Bij bestuurders in de gezondheidszorg groeide het besef dat deze stoornis bezig was uit te groeien tot een van de grote ‘ziekten’ van de eenentwintigste eeuw, en om nieuwe oplossingen vroeg.

1 Depressie werpt een lange schaduw

Depressie is een stemmingsstoornis die iemands vermogen om helder te denken belemmert, de motivatie om te handelen ondermijnt, essentiële lichaamsfuncties, zoals slapen en eten, verandert, en iemand het gevoel geeft vast te zitten in een afschuwelijke geestelijke pijn waaraan hij niets lijkt te kunnen doen. Ieder individu lijdt alleen, maar als we nagaan hoeveel mensen aan depressie lijden, zijn de cijfers verbijsterend. Afgaande op onderzoek in ziekenhuizen en onder bevolkingsgroepen kunnen we deze stemmingsstoornissen rekenen tot de meest voorkomende psychiatrische aandoeningen, een constatering die opmerkelijk genoeg opgaat voor de hele wereld. Uit recente epidemiologische gegevens over ongeveer 14.000 patiënten uit zes Europese landen blijkt dat 17 procent van de bevolking zegt in het afgelopen halfjaar enige ervaring te hebben gehad met depressie. Nadere beschouwing leert dat het daarvan in 6,9 procent van de gevallen ernstige depressiviteit betreft en in 1,8 procent van de gevallen lichte depressiviteit.¹ De resterende 8,3 procent klaagde wel over depressieve symptomen, maar had niet het idee dat die hun werk of sociaal functioneren in ernstige mate belemmerden. Deze cijfers komen nauw overeen met de percentages die in Canadese² en Amerikaanse³ steekproeven worden gemeld. Gezien deze aantallen kan een huisarts minimaal rekenen op één duidelijk depressieve patiënt per dag. Wanneer mensen wordt gevraagd naar hun ervaringen met depressiviteit over een langere periode, zijn de cijfers uiteraard hoger. 6,6 procent van de Amerikaanse bevolking heeft het afgelopen jaar⁴ op enig moment een klinische depressie gehad en tussen de 18 en 22 procent van de vrouwen en tussen de 7 en 11 procent van de mannen zullen in hun leven met een klinische depressie te maken krijgen.⁵

Wat houdt depressiviteit in? In het alledaagse spraakgebruik geef je er mee aan dat je je ‘down voelt’ of ‘depri’, maar deze typering ontbeert het essentiële syndroomkarakter van de klinische stoornis: het gaat niet zozeer om één aspect als wel om een combinatie van elementen. Klinische depressiviteit (soms ook ‘majeure depressiviteit’ genoemd) is een toestand die een aanhoudend neerslachtige stemming of verminderde belangstelling paart aan andere

concrete, fysieke en psychische verschijnselen, zoals slaapproblemen, weinig eetlust, gebrekkige concentratie en gevoelens van uitzichtloosheid en nietswaardigheid. De diagnose depressie wordt pas gesteld wanneer een aantal van deze elementen gedurende tenminste twee weken tegelijkertijd optreden en je belemmeren in je dagelijkse bezigheden.

Wie wel eens depressief geweest is, weet dat de stoornis niet slechts één gezicht heeft, niet één alleszeggend kenmerk. Sommige gevolgen van depressie zijn voor de betrokkene gemakkelijk te herkennen, zoals neerslachtigheid en gebrek aan concentratie. Voor andere ligt dat vaak moeilijker, omdat de voorname, zoals gebrek aan energie en een sterke preoccupatie met negatieve thema's en ideeën, het vermogen van de patiënt om met geliefden en andere familieleden om te gaan, beperken. Een wel heel zichtbare prijs van depressie is het grotere risico van suïcide. Dat neemt per episode toe, en er is een kans van 15 procent dat patiënten die lijden aan een zo ernstige, terugkerende depressie dat ziekenhuisopname nodig is, uiteindelijk door suïcide overlijden.⁶ Depressie komt zelden alleen. Het vaakst optredende bijkomende probleem is angst.⁷ De kans dat iemand met depressie bijvoorbeeld ook aan een paniekstoornis lijdt, is negentien maal zo groot als de kans dat iemand zonder depressie paniekaanvallen heeft.^{8,9} Ook de kans op specifieke fobieën (negenmaal) en obsessieve-compulsieve stoornis (elfmaal) is naar verluidt groter.

Een van de verrassendste en meest verontrustende aspecten die uit bevolkingsonderzoeken naar depressie en andere psychische aandoeningen naar voren komt, is dat er zo weinig gebruik wordt gemaakt van de geestelijke gezondheidszorg. De ironie wil dat de mensen met de meest voorkomende psychische stoornis het minst om professionele hulp vragen. Het aantal depressieven dat geen beroep doet op de geestelijke gezondheidszorg is groter dan het aantal dat onder behandeling is. Mensen die depressief zijn kloppen, net als anderen met psychische problemen, niet snel aan bij professionele instanties. Slechts 22 procent bezoekt een in hun aandoening gespecialiseerde hulpverlener en krijgt een adequate behandeling.⁵ Dit is – vooral in het geval van depressie, waarvoor een doeltreffende behandeling bestaat – uitgegroeid tot een groot probleem voor de volksgezondheid. Dat heeft er onder meer toe geleid dat men het publiek meer voorlichting is gaan geven over de verschijnselen van depressie en de beschikbare mogelijkheden van behandeling. De 'depressedagen' die veel Amerikaanse ziekenhuizen tegenwoordig kennen, verminderen het stigma dat deze stoornis aankleeft: depressie wordt nu afgeschilderd als een legitieme, medisch/psychische aandoening met goed gedocumenteerde, klinische kenmerken.

Een andere wijziging die onze visie op depressie de afgelopen twintig jaar heeft ondergaan, is dat we meer oog hebben gekregen voor de handicaps die de stoornis oplevert. Recente gegevens duiden erop dat mensen met depressie niet alleen gebukt gaan onder emotionele pijn en angst, maar ook in hun functioneren gehinderd worden in een mate die te vergelijken is met de functionele

handicaps bij zeer ernstige ziekten als kanker en kransslagadervernauwing. Toen we met dit werk begonnen, hadden Kenneth Wells en zijn collega's een groot deel van de verborgen prijs en de sociale belasting van depressie ont-huld. Zo zal het velen verbazen dat depressieve patiënten, wanneer we de mate van handicap meten in termen van 'in bed doorgebrachte dagen', meer tijd in bed doorbrengen (1,4 dagen per maand) dan patiënten met een longaandoening (1,2 dagen per maand), diabetes (1,15 dagen per maand) of artritis (0,75 dagen per maand). Alleen patiënten met een hartkwaal brengen meer tijd in bed door (2,1 dagen per maand).¹⁰ Het is duidelijk dat de gevolgen van deze 'beddagen' voor de arbeidsproductiviteit aanzienlijk zijn. Werknemers die aan depressie lijden, verzuimen vijfmaal vaker dan hun gezonde collega's¹¹ en in de wittenboordensector is depressie een van de meest voorkomende oorza-ken van langdurig werkverzuim.¹²

Het effect van deze bevindingen, waarover eind jaren tachtig en begin ja-ren negentig van de vorige eeuw werd gepubliceerd, was dat veel mensen hun mening over de omvang van het probleem herzag. In een recente prognose van de Wereldgezondheidsorganisatie voor het jaar 2020 schat men dat deze aandoening van alle ziekten het op-een-na-zwaarste beslag zal leggen op de volksgezondheid.¹³ In de periode dat wij bij elkaar kwamen om te bespreken hoe je depressie het best kon behandelen, was de aandoening al in hoog tempo bezig uit te groeien tot het belangrijkste probleem op het gebied van de gees-telijke gezondheid.

Het aanvankelijke optimisme over de behandeling van depressie

Als depressie het probleem was, waar zou je de oplossing dan moeten zoeken? Feit was dat er tegen het eind van de jaren tachtig van de vorige eeuw al een aantal methoden bestond om depressiviteit te bestrijden. De antidepressiva, die in de jaren vijftig van de vorige eeuw werden ontdekt en sindsdien werden voorgeschreven, waren zodanig verbeterd dat van een aantal ervan de werk-zaamheid meer dan voldoende was aangetoond. De meeste van deze medicij-nen richtten zich op de neurotransmitterfunctie in de hersenen (neurotrans-mitters zijn de chemische stoffen die de overdracht van zenuwimpulsen van de ene zenuwvezel naar de andere bij de contactpunten of *synapsen* mogelijk maken). Ze vergrootten de doelmatigheid van de verbindingen tussen her-sencellen en zorgden ervoor dat er grotere hoeveelheden neurotransmitters, zoals norepinefrine of serotonine, vrijkwamen bij de synaps.¹⁴ Hoewel nog steeds niet vaststaat hoe dit precies in zijn werk gaat, duiden sommige gege-vens erop dat bepaalde middelen de heropname van neurotransmitters door andere cellen blokkeren, terwijl andere de zenuwcellen er juist toe prikkelen meer neurotransmitters vrij te maken. In de eerstelijnszorg was de behande-

ling met antidepressiva tegen het eind van de jaren tachtig de belangrijkste therapie, en dat is nog steeds het geval.¹⁵ Er bestaan echter alarmerende indicaties dat ze voor een milde of matige depressie niet effectiever zijn dan een inerte placebo¹⁶, en dat ze zelfs als ze effectief zijn bij sommige mensen (om redenen die we nog niet begrijpen) hun werking na een of twee jaar continu gebruik beginnen te verliezen.¹⁷

Ook psychotherapieën begonnen aan het eind van de jaren tachtig van de vorige eeuw een eigen plaats te veroveren. Er waren grofweg vier benaderingen, alle gestructureerd en kortdurend. Voor elk ervan bestond enige empirische onderbouwing. In de gedragstherapeutische aanpak ging het erom depressieve patiënten stimulerende, prettige dingen te laten doen¹⁸, terwijl via een training in sociale vaardigheden gedragsmanco's werden gecorrigeerd die hen in een sociaal isolement brachten.¹⁹ In de cognitieve therapie²⁰ werd een aantal gedrags- en cognitieve technieken gecombineerd met het doel verandering te brengen in de manier waarop iemands gedachten, beelden en interpretatie van gebeurtenissen het ontstaan en bestendigen van de emotionele en gedragsstoornissen bij depressie bevorderen. In interpersoonlijke therapie²¹, ten slotte, werd benadrukt dat je depressiviteit kon verlichten door onderlinge geschillen te leren oplossen en rollen te veranderen. Geleidelijk aan werden cognitieve en interpersoonlijke therapie beschouwd als de gouden standaard van de psychotherapie, vooral omdat de onderbouwing voor deze interventies op drie belangrijke pijlers rustte die nog steeds zeldzaam zijn in het onderzoek naar psychologische behandelingen: ze werden getoetst in tal van onderzoeken in verschillende centra; er werden klinische patiënten gebruikt die beantwoordden aan diagnostische criteria voor depressie; en de doelmatigheid ervan werd, afgezet tegen antidepressiva, als gelijkwaardig beoordeeld.²²

Met al deze depressietherapieën zou je denken dat het probleem opgelost was. Helaas: bij acute depressie waren ze wel effectief, maar onderzoek wees uit dat het hoge percentage depressieven over de hele wereld voor een belangrijk deel was toe te schrijven aan de *terugkeer* van de depressie bij mensen die al een depressieve episode achter de rug hadden. De reikwijdte van het probleem was gewijzigd.

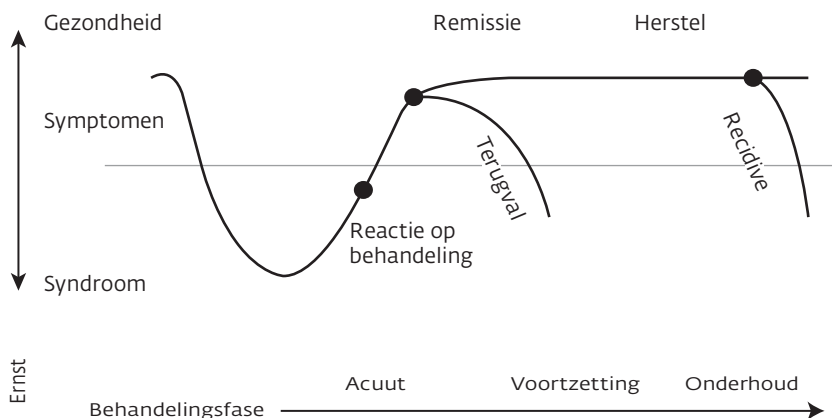
Depressie als chronische en terugkerende conditie

Waarom was dit aspect van depressie niet eerder opgemerkt? Ten eerste omdat veel van de gegevens waarop ons inzicht in depressie was gebaseerd afkomstig waren uit studies die in het eerste deel van de twintigste eeuw waren uitgevoerd. In die tijd ontwikkelde een ernstige klinische depressie zich over het algemeen pas op late middelbare leeftijd, dus was er geen mogelijkheid om langere patronen van terugkerende depressies te bestuderen. Naarmate het tweede deel van de eeuw zich ontvouwde, liet elk decennium een nieuw pa-

troon zien, waarbij de eerste aanvang van een depressie steeds vroeger begon te vallen, tot de gemiddelde leeftijd waarop een depressie zich voor het eerst ontwikkelde gedaald was naar midden twintig, zodat een groot aantal mensen hun eerste episode tijdens de adolescentie kreeg. Het tragische effect van een vroegere aanvang is dat er nu een heel leven is waarin we kunnen observeren wat er na een enkele depressieve episode gebeurt – en de nieuwere onderzoeksstudies begonnen een ander en verontrustend verhaal te vertellen.

Ten tweede hadden we ons niet gerealiseerd hoe vaak terugkerend een depressie kan zijn omdat er geen studies waren waarin mensen die van de stoornis hersteld waren met regelmatige tussenpozen werden gevolgd en geëvalueerd. Alleen met dit type informatie kan men tot een volledig inzicht komen over hoe depressie gedurende een heel leven toe- en afneemt, en wat het natuurlijke verloop ervan is. Dergelijke studies stellen ons in staat de waarschijnlijkheid van een *spontane remissie* (waarin een persoon beter wordt zonder medicatie) te berekenen en de relatieve kosten van het inzetten van behandelingen die ernstige risico's of bijwerkingen met zich meebrengen af te zetten tegen de kosten van het onbehandeld laten van een depressie. Tot het midden van de jaren tachtig van de vorige eeuw waren er weinig harde gegevens over deze zaken voorhanden. Nu zijn er studies beschikbaar waarin personen nadat ze depressievrij waren vervolgens met tussenpozen van een tot twee jaar werden gevolgd.

Een van de eerste onderzoeken werd in 1983 uitgevoerd door Martin Keller en diens collega's.²³ Zijn groep volgde dertien maanden lang 141 patiënten bij wie de diagnose depressieve stoornis was gesteld en meldde dat 43 van hen (33 procent) waren teruggevallen na ten minste acht weken depressievrij te zijn geweest. Het was duidelijk dat het herstellende patiënten grote moeite kostte gezond te blijven en te behouden wat ze met de therapie hadden gewonnen. Al het onderzoek dat sinds die tijd is uitgevoerd vertelt een vergelijkbaar verhaal: dat ten minste 50 procent van de patiënten die herstellen van een eerste depressie-episode, op zijn minst nog een keer een depressieve episode doormaakt²⁴, en dat bij patiënten met een verleden van twee of meer depressieve episoden de kans dat de aandoening terugkeert in hun leven 70 tot 80 procent is.⁶ Tot dat moment hadden deskundigen uit de geestelijke gezondheidszorg een onderscheid gemaakt tussen 'acute' aandoeningen (korte termijn) en 'chronische' aandoeningen (lange termijn; ruim twee jaar), waarbij ze opmerkten dat sommige depressies misschien acuut *lijken*, maar dat vele ex-depressieven 'chronisch' bleven in die zin dat ze op de lange termijn kwetsbaarder waren. In een in brede kring aangehaalde bespreking kwam Judd tot de slotsom dat 'unipolaire depressie een chronische, levenslange ziekte is, dat de kans op nieuwe episoden hoger ligt dan 80 procent en dat de patiënten in hun leven gemiddeld vier depressieve episoden van 20 weken zullen beleven' (blz. 990).²⁴ Dergelijke bevindingen hebben bijgedragen tot de huidige consensus dat terugval en recidive na een succesvolle depressietherapie vrij alge-



Figuur 1.1 *Depressie als een chronische recidiverende stoornis.*

meen voorkomen – en met ingrijpende gevolgen (zie figuur 1.1²⁶).

Vanuit het perspectief van het eerste deel van de eenentwintigste eeuw zou je haast vergeten dat deze nadruk op de mogelijkheid van recidive toen vrij nieuw was. Tot eind jaren zestig en begin jaren zeventig van de vorige eeuw had men zich geconcentreerd op het ontwikkelen van doelmatiger therapieën voor acute depressiviteit. Het risico dat een patiënt op de langere termijn liep, kreeg betrekkelijk weinig aandacht. Dit nieuwe onderzoek maakte duidelijk dat men bij de keuze voor een bepaalde therapie rekening moest houden met het risico van terugval in de herstelperiode.

Kellers gegevens duiden op een groot verschil tussen de prognose van patiënten zonder depressieverleden en die van patiënten die tenminste drie episoden achter de rug hadden. De terugvalpercentages van beide groepen liepen sterk uiteen – 22 procent voor ‘eerstelingen’ tegenover 67 procent voor patiënten met een verleden van drie of meer episoden. Patiënten die herstelden van hun eerste episode bleken op een kritiek punt te zijn in het verloop van hun stoornis. Ze ‘lopen een forse kans op een acute terugval, en als dat gebeurt, lopen ze een kans van ongeveer 20 procent chronisch depressief te blijven’ (blz. 3303).²³ Zoals gegevens uit een vervolgonderzoek vijf jaar later onder patiënten met chronische en niet-chronische affectieve stoornis lijken uit te wijzen²⁷, wordt de depressie bij degenen die al heel snel na hun herstel terugvallen, een langdurige aandoening.

Patiënten categoriseren naar het aantal episoden dat ze achter de rug hebben, blijft een van de betrouwbaarste voorspellers van toekomstige depressies, wat Kellers eerdere waarnemingen bevestigt. In zijn onderzoek werd de drempel op drie episoden gesteld, tegenwoordig doorgaans bij twee. Het principe om deze beide groepen te scheiden op basis van hun terugvalrisico wordt nog steeds gehuldigd. Sterker nog: het *Diagnostic and Statistical Manual of Mental*

Disorders van de American Psychiatric Association²⁸ spreekt bij de diagnose depressieve stoornis van 'recidiverend' bij patiënten die ten minste twee depressieve episoden achter de rug hebben.

Hoe kunnen terugval en recidive bij depressie worden voorkomen?

Met het toegenomen inzicht in de belasting die depressie oplevert voor de betrokkenen, drong zich steeds meer de noodzaak op er therapieën voor te ontwikkelen. Omdat ernstige depressiviteit inmiddels werd gezien als een recidiverende stoornis, moest er worden gezocht naar uitbreiding van de typen zorg die de patiënten werden aangeboden. Het was duidelijk dat er bij een behandeling met geneesmiddelen behoefte bestond aan iets voor de langere termijn.

Hoewel deze conclusie niet direct in goede aarde viel bij degenen die bezwaar hadden tegen langdurige toediening van medicijnen, leek alles erop te wijzen dat een arts moest doorgaan met het voorschrijven van antidepressiva nadat zijn patiënten waren hersteld van de episoden waarvoor ze hulp hadden gezocht. In wat voor type onderzoek kon de noodzaak van zo'n voortgezette behandeling worden getoetst?

Het antwoord is: een onderzoek waarin alle patiënten dezelfde medicatie krijgen tot ze genezen zijn en vervolgens willekeurig in twee groepen worden gesplitst: in de ene wordt het werkzame geneesmiddel vervangen door een placebo (een loze pil), de andere groep blijft het echte medicijn toegediend krijgen. (De patiënten stemmen in met deelname aan het onderzoek zonder te weten in welke groep ze zullen worden ondergebracht.) Deze aanpak volgden Glen en zijn collega's in een baanbrekend onderzoek aan het begin van de jaren tachtig van de vorige eeuw. Alle patiënten kregen een geneesmiddel of placebo toegediend nadat ze met behulp van het werkzame geneesmiddel hersteld waren. De uitkomsten waren duidelijk: zo'n 50 procent van de patiënten die waren overgegaan op de placebo, werd opnieuw depressief, tegenover slechts 20 procent van de patiënten die met werkzame middelen werden behandeld.²⁸

Eén aspect van deze uitkomst was vooral van belang. Glen et al. constateerden dat de depressie veel eerder terugkwam dan van een nieuwe episode was te verwachten. Dat leek erop te duiden dat de patiënten geen nieuwe episode beleefden (een 'recidive'), maar dat de oude, die men eerder onder controle had gebracht maar die nog niet haar volledige beloop had gehad, weer de kop opstak (een 'terugval'). Meer in het algemeen impliceerde deze uitkomst dat mensen die een depressieve episode doormaakten, zich weliswaar beter konden voelen na het innemen van antidepressiva, maar een snelle terugval riskeerden als ze ermee stopten voordat de episode haar beloop had gehad.

Eind jaren tachtig van de vorige eeuw onderschreven veel artsen de opvatting dat je toekomstige episoden het best kon voorkomen door antidepressiva

profylactisch voor te schrijven (d.w.z. ter voorkoming van een nieuwe episode, en niet alleen voor de huidige episode). Ze begonnen in hun behandeling met antidepressiva in de diverse stadia van de depressie onderscheid te maken tussen een *acuut*, *voortgezet* en *onderhoudsgebruik* (zie figuur 1.1). Het voorschrijven van antidepressiva om symptomen tijdens een episode te verlichten, noemde men *acute therapie*. Het voorschrijven van antidepressiva gedurende zes maanden na het herstel van de episode werd *voortgezette therapie* genoemd en als men zo'n drie tot vijf jaar na de genezing doorging, sprak men van *onderhoudstherapie*. De huidige praktijkrichtlijnen bij depressie van de American Psychiatric Association zijn op deze structuur gebaseerd.^{30,31}

Achter deze richtlijnen schuilt echter een heel belangrijk uitgangspunt, namelijk dat antidepressiva geen genezing bieden op de langere termijn. De effecten duren niet langer dan het gebruik. Anders gezegd: antidepressiva hebben effect door symptomen te onderdrukken; ze pakken niet de veronderstelde oorzaak van de episode zelf aan.^{32,33} Niettemin bleef het van belang, gezien het feit dat de kans op een snelle terugkeer met elke nieuwe episode toeneemt en dat de intervallen tussen periodieke episoden mettertijd doorgaans kleiner worden,³⁴ op iedere mogelijke manier te voorkomen dat de symptomen terugkwamen. Voor velen was de boodschap van dit onderzoek en soortgelijke latere onderzoeken helder: om depressie in de toekomst te voorkomen, moest men doorgaan met de therapie die verlichting bracht in de acute depressie.

Psychotherapie als onderhoudstherapie

De winst die te behalen viel door de farmacologische behandeling van depressie na het eerste herstel te continueren, werd aan het eind van de jaren tachtig van de vorige eeuw ruimschoots gedocumenteerd en was uitermate belangrijk. Toch waren er nog steeds doelmatige alternatieven nodig voor het doorgaande gebruik van antidepressiva in de herstelfase. Er is immers altijd een aanzienlijk aantal patiënten voor wie dergelijk langdurig medicijngebruik niet geschikt is. Zo wordt het zwangere vrouwen en vrouwen die borstvoeding geven, ontraden, evenals mensen die voor een grote medische ingreep staan. Sommigen verdragen de bijwerkingen van antidepressiva niet, anderen weigeren ze in te nemen. In een onderzoek onder 155 depressieve poliklinische patiënten, stopte 28 procent al in de eerste maand met het innemen van antidepressiva en was 44 procent er tegen de derde maand mee opgehouden.³⁵ In het algemeen wordt het percentage patiënten dat de voorgeschreven antidepressiva niet neemt, geschat op 30 à 40%.³⁶ In een recente steekproef via internet onder 1400 patiënten in de Verenigde Staten, geleid door de National Depressive and Manic-Depressive Association, bleek dat slechts eenderde van de patiënten die antidepressiva kregen voorgeschreven in het kader van een onderhoudstherapie, tevreden was over de kwaliteit van hun therapie.³⁷

Zou psychotherapie soelaas kunnen bieden? Er bestonden tenslotte aanwijzingen dat aan de terugkeer van depressie-episoden dikwijls negatieve gebeurtenissen voorafgingen: het verlies van een dierbare, ruzies, afwijzingen of teleurstellingen. Dan zou psychotherapie toch een belangrijke rol moeten kunnen spelen om de patiënten te helpen omgaan met de interpersoonlijke gevolgen van deze gebeurtenissen en daarmee de kans op terugkeer van de depressie te verkleinen. Dat was de redenering achter het baanbrekende onderzoek naar interpersoonlijke psychotherapie als onderhoudstherapie van Ellen Frank en haar collega's.³⁸

Nieuw aan dit onderzoek was dat de patiënten voor hun depressie-episode eerst werden behandeld met een combinatie van interpersoonlijke therapie en het antidepressivum imipramine en vervolgens nog drie jaar lang therapie kregen, ook al waren ze al genezen. Voor de patiënten begon het experimentele deel van het onderzoek nadat zij van hun depressie-episode waren hersteld. Uit het onderzoek van Frank en collega's bleek dat deze 'overlevingstijd' door de interpersoonlijke onderhoudstherapie beduidend langer werd. Voor patiënten die deze therapie kregen, bedroeg de gemiddelde overlevingstijd tot de volgende episode meer dan één jaar. Patiënten die slechts een placebo kregen in de onderhoudsfase kenden daarentegen een depressievrije periode van slechts 21 weken.

Deze uitkomsten raakten direct aan centrale vragen in het vakgebied. Ze toonden voor het eerst aan dat psychotherapie, net als antidepressiva, de kans op terugkeer van depressies kon verminderen. Interessant was dat patiënten die medicatie kregen langer gezond bleven dan patiënten die slechts interpersoonlijke onderhoudstherapie kregen. Deze laatste deden het niettemin weer veel beter dan patiënten die slechts een placebo kregen. Deze uitkomsten openden de deur naar het toepassen van psychotherapie als preventieve maatregel en daagden het vakgebied ertoe uit theoretische modellen te ontwikkelen voor de vaardigheden die patiënten moesten worden bijgebracht om terugval te voorkomen.

De conclusie dat je een onderhoudsvorm van interpersoonlijke therapie kon gebruiken om mensen gezond te houden, was van groot belang, en al snel begonnen artsen zich af te vragen of ook andere vormen van psychotherapie wellicht op deze manier konden worden gebruikt. Het probleem was dat in die tijd veel psychotherapie-onderzoekers hun energie hadden gestoken in het ontwikkelen van betere, effectievere therapieën voor acute depressiviteit en niet hadden gedacht aan 'onderhouds'versies van hun therapieën. Om op dit gebied vooruitgang te boeken, zouden anderen moeten doen wat Frank en haar collega's hadden gedaan, en moeten onderzoeken in welke vorm je psychotherapieën het beste kon aanbieden om mensen na hun genezing gezond te houden.

De mogelijkheid van een onderhoudsversie van cognitieve therapie, vergelijkbaar met de interpersoonlijke onderhoudstherapie, wekte de interesse van het recent opgerichte Psychobiology of Depression and Affective Disorders

Research Network van de John D. and Catherine T. MacArthur Foundation. De directeur ervan, David Kupfer, nodigde Zindel Segal ertoe uit na te gaan hoe je zo'n onderhoudstherapie zou kunnen ontwikkelen. Kupfer zou later ook een belangrijke rol spelen in de uitwerking van onze ideeën, omdat hij ons toestond onze aanvankelijke opzet los te laten toen wij steeds meer het gevoel kregen dat zo'n onderhoudsversie van cognitieve therapie een te beperkte benadering was. Maar nu lopen we op ons verhaal vooruit. Ons werd gevraagd een onderhoudsversie van cognitieve therapie te bedenken, en dat was ons vertrekpunt.

Over de auteurs

Zindel V. Segal, PhD is hoogleraar psychiatrie en bekleder van de Cameron Wilson-leerstoel in depressieonderzoek aan de University of Toronto. Daarnaast is hij hoofd van de Cognitive Behavioral Therapy Clinic verbonden aan het Centre for Addiction and Mental Health. Enkele van zijn gepubliceerde werken zijn: *Interpersonal Process in Cognitive Therapy* (1990), *Vulnerability to Depression* (2011) en *The Mindful Way through Depression (Mindfulness en bevrijding van depressie)* (2007). Hij is medeoprichter van de Academy of Cognitive Therapy en zet zich in voor de toepassing van op mindfulness gebaseerde klinische therapie in de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg.

J. Mark G. Williams, DPhil is hoogleraar klinische psychologie en Wellcome Principal Research Fellow aan de University of Oxford. Daarnaast is hij directeur van het Oxford Mindfulness Centre binnen de vakgroep psychiatrie van de University of Oxford. Hij heeft de volgende werken gepubliceerd: *The Psychological Treatment of Depression* (1992), *Cognitive Psychology and Emotional Disorders* (1997), *Suicide and Attempted Suicide* (2002), *The Mindful Way through Depression (Mindfulness en bevrijding van depressie)* (2007) en *Mindfulness: Finding Peace in a Frantic World (Mindfulness, een praktische gids om rust te vinden in een hectische wereld)* (2011). Hij is medeoprichter van de Academy of Cognitive Therapy en onderzoeksfellow aan de Academy of Medical Sciences, de British Academy en de Association for Psychological Science.

John D. Teasdale, PhD bekleedde een bijzondere leerstoel aan de United Kingdom Medical Research Council's Cognition and Brain Sciences Unit van de University of Cambridge, Engeland. Enkele van zijn publicaties zijn: *Affect, Cognition and Change* (1993) en *The Mindful Way through Depression (Mindfulness en bevrijding van depressie)*. Hij is medeoprichter van de Academy of Cognitive Therapy en onderzoeksfellow aan de British Academy en

de Academy of Medical Sciences. Daarnaast heeft hij de Distinguished Scientist Award van Division 12 (Society of Clinical Psychology) van de American Psychological Association ontvangen. Sinds zijn pensionering onderwijst hij wereldwijd inzichtmeditatie.