

# Gedachten zijn geen feiten

*Mindfulness Based Cognitive Therapy als werkzame interventie bij een depressieve stoornis*

## Inleiding

*Remco<sup>1</sup> vertelt sinds enkele weken negatieve gedachten te hebben en te lijden onder een sombere stemming. Hij heeft geen plezier meer in zijn hobby's. Remco probeert zijn negatieve gedachten te vermijden door overmatig actief te zijn met huishoudelijke werkzaamheden. Hierdoor voelt hij zich vermoeid. In het verleden is depressie bij hem vastgesteld. Hij heeft slechte ervaringen met de medicijnen die hij toen kreeg en wil die nu niet gebruiken. Remco vertelt niet tevreden te zijn over zijn leven.*

## Depressie

Depressie is een volksziekte (Huyser, Schene, Sabbe & Spinhoven, 2008) en deze stoornis staat de laatste jaren volop in de belangstelling. Dit, vanwege de hoge frequentie en de hoge kosten die ermee gemoeid zijn. Maar ook omdat depressie wordt gekenmerkt door terugval, recidief en chroniciteit (Segal, Teasdale & Williams, 2006).

Verwacht wordt dat in 2030 de depressieve stoornis voor landen met een hoog inkomen op de eerste plaats van de totale ziektelast staat (Huyser et al., 2008). Diegenen met de grootste kans op terugval zijn mensen met eerdere depressieve episodes, jeugdtrauma en/of een op jonge leeftijd doorgemaakte depressie (Bockting, Hollon, Jarret, Kuyken & Dobson, 2015). De *life-timeprevalentie* van de depressieve stoornis is 15 procent (Hoogendijk, Van den Broek & Van Schaik, 2012). Uit onderzoek naar de psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking blijkt dat 18 procent ooit een depressieve stoornis heeft gehad in zijn/haar leven (De Graaf, Have & Dorsselaer, 2010). Depressie beïnvloedt het leven van mensen langdurig en het heeft

<sup>1</sup> Remco is gefingeerde naam, betreffende cliënt heeft toestemming gegeven voor gebruik van geanonimiseerde informatie voor het artikel

veel negatieve impact op het functioneren (Poos et al., 2014). Het kan ernstige beperkingen geven in sociaal en maatschappelijk functioneren, met name de vitaliteit en het functioneren zijn ernstig aangetast (Bijl & Ravelli, 2000; Kruishaar, Hoeymans, Bijl, Spijker & Essink-Bot, 2003). Ook blijkt de kwaliteit van leven af te nemen (Kruishaar et al., 2003). Bij zeventig procent van de mensen die overlijden door zelf aangebracht letsel was sprake van depressie (Bertolote, Fleischmann & Wasserman, 2004; Nock et al., 2008).

De Multidisciplinaire richtlijn depressie (2013) schrijft voor dat bij alle vormen van depressie basisinterventies gepleegd dienen te worden als psycho-educatie, actief volgen van de cliënt en het bieden van dagstructurering. Gelijktijdig wordt gekozen voor psychotherapie of farmacotherapie, gecombineerd met psychotherapie. Bij onvoldoende herstel van een depressie wordt het behandelbeleid heroverwogen en gekozen voor andere vormen van psychotherapie (Spijker et al., 2013). Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) is een vorm van psychotherapie en maakt deel uit van de zogenoemde derde generatie gedragstherapie (Hayes, Follette & Linehan, 2004). MBCT is effectief gebleken als preventie van depressie bij mensen die in het verleden minstens drie depressies hebben gehad (Teasdale, 2000). MBCT is even effectief voor cliënten met een herhalende depressie als met een huidige depressie (Van Aalderen et al., 2011). MBCT richt zich op anders leren omgaan met de gedachten, gevoelens en gewaarwordingen die een depressieve terugval bevorderen (Segal, Williams & Teasdale, 2013). Er is weinig onderzoek gedaan naar de werkzaamheid van MBCT op de kwaliteit van leven en het functioneren.

In deze gevalsbeschrijving staat centraal hoe MBCT verbetering kan bewerkstelligen in het functioneren en de kwaliteit van leven van een cliënt met een depressie.

## **Gevalsbeschrijving**

### **Voorgeschiedenis en verwijzing**

Remco is een 62-jarige man van Nederlandse afkomst. Hij had als kind een moeilijke tijd. Hij kende zijn biologische vader niet. Zijn moeder vertelde hem dat zij ongewenst zwanger was geworden en een abortus was mislukt. Hij groeide op in een gezin met zes kinderen en een autoritaire stiefvader, die fysiek en sadistisch geweld gebruikte. Om de thuissituatie te ontvluchten, is hij op zijn zeventiende jaar bij de marine gegaan. Van zijn 26e tot zijn 36e levensjaar werd hij diverse malen opgenomen en behandeld voor depressieve episoden. Op 38-jarige leeftijd kreeg hij een relatie, welke veel spanningen gaf. Hij begon softdrugs te gebruiken om te kunnen ontspannen en in deze periode pleegde hij ernstige seksuele delicten bij minderjari-

**Tabel 1**  
DSM-IV-TR-classificatie

As I	302.2	pedofilie
	296.33	depressieve stoornis, recidiverend (hoofddiagnose)
As II	301.90	persoonlijkheidsstoornis niet anderszins omschreven
As III		geen diagnose
As IV	10	problemen binnen de primaire steungroep
	40	werkproblemen
	80	problemen met justitie/ politie of met de misdaad
As V	GAF	61, hoogste GAF-score 70

gen. Hij werd veroordeeld en kreeg een jaar gevangenisstraf en tbs-dwangverpleging opgelegd. Er volgden jaren van intensieve klinische behandeling in verschillende tbs-klinieken en hij volgde therapieën als psychotherapie, interpersoonlijke therapie en cognitieve gedragstherapie. Daarnaast kreeg hij medicamenteuze behandeling. Na ruim tien jaar kon Remco in het kader van een voorwaardelijke beëindiging van de tbs-verpleging resocialiseren. In 2014 ging hij begeleid wonen en kwam in zorg bij een Forensisch Assertive Community Treatment-team (FORACT-team), nadat de reclassering hem had verwezen. Bij aanmelding was sprake van de DSM-IV-TR-classificatie (American Psychiatric Association, 2007) zoals weergegeven in tabel 1.

### Diagnostiek

De psychiatrische diagnostiek werd gedaan op basis van dossierstudie, psychiatrisch onderzoek en somatisch onderzoek.

Psychiatrisch gezien was sprake van een depressieve stoornis, matig van ernst, recidiverend. In het verleden hadden zich meerdere depressieve episoden voorgedaan met klachten als depressieve stemming gedurende het grootste deel van de dag, vermindering van interesse in activiteiten, verminderde eetlust, verlies van energie en verminderde concentratie. Ook had suïcidaliteit een rol gespeeld in het verleden en had cliënt meerdere tentamen suïcides gepleegd. Uit somatisch onderzoek werden geen bijzonderheden gevonden die van invloed konden zijn op de depressie.

De diagnose pedofilie bleef een moeilijk te stellen diagnose. Uit dossieronderzoek bleek dat er wisselende meningen waren over de aanwezigheid van pedofilie. Pedofilie werd door cliënt steeds ontkend en kon van daaruit moeilijk verder worden gedifferentieerd. Actuele seksuele gevoelens voor minderjarigen werden ook ontkend. Op basis van de processtukken en de aanwezige DSM-IV-criteria kon de diagnose pedofilie worden bevestigd. De aanwezigheid van impulsiviteit, theatrale uitingen, achterdocht en behoefte aan bewondering, wat significant lijden in het dagelijks leven veroorzaakte, bevestigde

de diagnose persoonlijkheidsstoornis NAO. Tijdens zijn tbs-periode werden ook de diagnoses ontwikkelingsstoornis en PTSS afgewogen. Uiteindelijk waren er onvoldoende aanwijzingen om deze diagnoses te kunnen stellen.

Om de mate van depressie, het functioneren en de kwaliteit van leven in kaart te brengen, werd gebruikgemaakt van drie meetinstrumenten. Uit de Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) (Hamilton, 1960) bleek een matig depressief beeld. De Health of the Nation Outcome Scales (HONOS-12) (Wing, Beevor & Curtis, 1996) gaf matige problemen aan op het gebied van beperkingen en vrij ernstige problemen op het gebied van symptomatologie en dagelijks functioneren. De Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA) (Van Nieuwenhuizen, Schene & Koetier, 2000) toonde aan dat Remco meestal ontevreden was op het gebied van vrije tijd, lichamelijke gezondheid en psychische gezondheid. Hij was gemengd tevreden over zijn kwaliteit van leven. De scores van de meetinstrumenten worden weergegeven in figuur 1.

De gevolgen voor het dagelijks leven werden verder in kaart gebracht aan de hand van verpleegkundige diagnostiek.

De verpleegkundig specialist i.o. (vs i.o.) gebruikte voor de verpleegkundige diagnostiek de NANDA International (2011) en de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (Nederlandse WHO-ICF Collaborating Centre, 2007).

Remco had beperkingen op diverse levensgebieden door een ernstige verstoring in temperament en persoonlijkheid (b126.3) en een matige verstoring in energie en driften (b1300.2). Daarnaast was sprake van een ernstige stoornis in zijn stemming (b152.3) en een matige beperking in het indelen van eigen activiteitsniveau (b2303.2). Verpleegkundig-diagnostisch was er sprake van chronische geringe zelfachting. Dit bleek uit overmatig op zoek zijn naar bevestiging, hij had negatieve gedachten over zichzelf en dacht er niet toe te doen. Hij zegde geregeld zijn afspraken met vrienden af, omdat hij dacht dat hij hen tot last was. Chronische geringe zelfachting was verklaarbaar vanuit depressieve episoden, traumatische gebeurtenissen in zijn opvoeding en het herhaaldelijk ervaren van negatieve bekrachtiging in de rol van vader. Ook was er sprake van ineffectieve coping, hetgeen zich manifesteerde in inadequate probleemoplossing en vermoeidheid. Bij het ervaren van sombere gevoelens, voelde hij de stress oplopen. Om deze gevoelens te vermijden was hij overmatig actief met huishoudelijke werkzaamheden, met als gevolg dat hij last had van energieverlies en hij zich uitgeput voelde. Hierdoor lukte het hem onvoldoende om zijn hobby's uit te voeren en ervan te genieten. Ineffectieve coping was verklaarbaar vanuit onzekerheid over zichzelf en een verstoord patroon van spanningsvermindering. Bevorderende externe factoren waren de ondersteuning van naaste familie en partner en

**Tabel 2**

ICF, NANDA, NOC EN NIC

ICF	NANDA	NOC	NIC
b126.3 Ernstige verstoring temperament en persoonlijkheid	Chronische geringe zelfachting	Persoonlijke veerkracht Depressieniveau Kwaliteit van leven	Cognitieve herstructurering (4700) Bevordering van de geestelijke groei (5426) Regulering van de stemming (5330) <i>MBCT: aandachtgerichte cognitieve therapie</i>
b152.3 Ernstige stoornis in stemming			
d2303.2 Matige beperking in het indelen van eigen activiteitsniveau	Ineffectieve coping	Aanvaarding gezondheidstoestand Persoonlijke beheersing van depressie <i>Kwaliteit van leven</i>	Verbetering van de probleemhantering (5230) Counseling (5240) <i>MBCT: aandachtgerichte cognitieve therapie</i>
b1300.2 Matige verstoring in energie en driften	Vermoeidheid	Persoonlijke zorg: activiteiten van het dagelijks leven Persoonlijk welbevinden Energiebehoud	Regulering van de energie (0180) Voorlichting: voor- geschreven activiteit/ oefening (5612) <i>MBCT: aandachtgerichte cognitieve therapie</i>

hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg. Bevorderende persoonlijke factoren bestonden uit zijn motivatie voor behandeling en bereidheid tot verbetering van functioneren en kwaliteit van leven.

### Behandeling

Het hoofddoel van de behandeling richtte zich algemeen op verbetering van het functioneren en zijn kwaliteit van leven. Remco wilde graag meer energie voelen, meer plezier ervaren in zijn hobby's en minder last hebben van zijn sombere gevoelens. Om deze behandel-doelen te behalen, werd gekozen voor MBCT.

De interventies en beoogde resultaten werden geformuleerd met behulp van de Nursing Interventions Classification (NIC) (Bulechek, Butcher & McCloskey Dochterman, 2012) en de Nursing Outcomes Classification (NOC) (Moorhead, Johnson, Maas & Swanson, 2011). In tabel 2 zijn de verpleegkundige diagnoses (NANDA), de ICF-uitkomsten, de NOC-doelen en de NIC-interventies schematisch weergegeven.

De behandeling bestond uit acht individuele sessies, waarin cognitieve interventies werden gecombineerd met mindfulness-oefeningen. In elke sessie gaf de vs i.o. uitleg over de theoretische principes van MBCT en deed ze samen met Remco oefeningen, welke hij die week dagelijks thuis oefende. Ook werden de gemaakte huiswerk-oefeningen besproken.

### **Resultaten**

In het begin van de training werd gefocust op het leren aandacht hebben voor het hier en nu. Hiermee leerde Remco de herhalende negatieve gedachten sneller te doorbreken. Ook oefende hij expliciet het bij een onaangenaam gevoel blijven zonder te dit vermijden door overmatig actief te zijn. Remco leerde meer accepteren om te gaan met onaangename gevoelens of negatieve gedachten. 'Gedachten zijn geen feiten' en acceptatie waren hierin ondersteunende thema's. Een oefening genaamd 'drie minuten ademruimte' vond Remco prettig om te doen en makkelijk te integreren in zijn dagelijks leven. Deze oefening leerde Remco gebruiken als copingmiddel, waarmee hij makkelijker negatieve gedachten kon doorbreken.

Aan het eind van de training kon Remco zijn signalen van terugval in depressieve gevoelens beter herkennen en wist hij welke oefeningen hem dan zouden kunnen helpen.

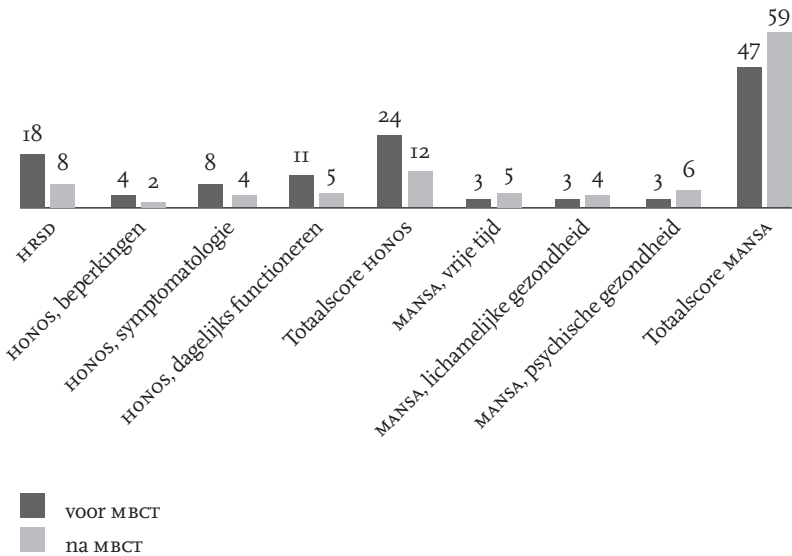
De vs i.o. evalueerde de training met Remco. Hij vertelde tevreden te zijn over de resultaten. Hij identificeerde zich niet meer met zijn negatieve gedachten, maar had geleerd deze te accepteren als 'gedachten die komen en gaan'. Hij vermeerde zijn sombere gevoelens niet meer door overmatig actief te zijn en daardoor voelde hij zich minder vermoeid. Ondanks dat de depressieve gevoelens niet geheel waren verdwenen, waren ze draaglijker geworden. Hij kreeg meer energie, sprak vaker met zijn vrienden af en genoot meer van zijn hobby's. Ook merkten zijn familie en begeleiders dat Remco energiever was en minder somber in het contact.

De meetinstrumenten ondersteunden deze bevindingen. De HSRD toonde een licht depressief beeld en de HONOS gaf lichte problemen aan op het gebied van beperkingen, symptomatologie en dagelijks functioneren. De MANSA toonde aan dat Remco tevredener was over zijn lichamelijke gezondheid, vrije tijd en psychische gezondheid. Hij was meestal tevreden over zijn kwaliteit van leven. De scores van de meetinstrumenten worden weergegeven in figuur 1.

### **Discussie**

In deze gevalbeschrijving werd uiteengezet hoe MBCT een verbetering kan bewerkstelligen in het functioneren en de kwaliteit van leven

**Figuur 1:**  
Scores van de meetinstrumenten HRSD, HONOS en MANSa



van een cliënt met depressie. De resultaten in deze casus toonden positieve effecten. De gebruikte meetinstrumenten toonden progressie in het functioneren van de cliënt aan, de mate van zijn depressie verbeterde en zijn kwaliteit van leven was toegenomen. Deze resultaten passen bij bevindingen uit eerder onderzoek door Kuyken et al. (2008). Hierin wordt aangetoond dat MBCT significant effectiever is dan medicatie in het verbeteren van de kwaliteit van leven. Medicamenteuze behandelstrategieën gelden bij het voorkomen van recidief bij depressie als standaard (Vin & Pieters, 2005). Onderzoek toont echter ook aan dat antidepressiva veel bijwerkingen kunnen geven, dit kan afbreuk doen aan medicatietrouw (Hollon et al., 2002; Hollon et al., 2005). In deze casus werd niet de voorkeur gegeven aan farmacotherapie, wegens bijwerkingen die de cliënt in het verleden heeft ervaren. Het langetermijneffect van MBCT op de mate van terugval in depressie is in deze casus niet gemeten. Tevens hebben de externe bevorderende en persoonlijke factoren mogelijk een rol gespeeld in de positieve resultaten. Er is reden om behoedzaam te werk te gaan met MBCT. Onderzoek toont aan dat MBCT werkzaam is bij mensen met drie of meer depressies (Segal, Williams & Teasdale, 2010). Enkele kleine studies laten veelbelovende resultaten zien naar de werking van MBCT bij andere psychische klachten. Hierin is echter meer onderzoek nodig (Hulsbergen, 2009).

In deze gevalsbeschrijving stond de diagnose pedoflie niet centraal.

Wat het effect is van pedofilie op depressie is in deze gevalsbeschrijving niet bekend, aangezien de cliënt pedofilie ontkent. Er is weinig onderzoek gedaan naar comorbiditeit bij pedofilie (Raymond, Coleman, Ohlerking, Christenson & Miner, 1999). Volgens het Trimbos-instituut (2015) kan comorbiditeit invloed hebben op het effect van behandeling, hetgeen vervolgonderzoek naar comorbiditeit bij pedofilie nodig maakt. Om het risico op terugval in agressief en seksueel delictgedrag in te kunnen schatten, werden risicotaxatie-instrumenten gebruikt als de Acute (Hanson & Harris, 2007) en de Short Term Assessment of Risk and Treatability (START) (Webster, Martin, Brink, Nicholls & Middleton, 2004). Hierin werden geen veranderingen waargenomen na het volgen van MBCT.

## Conclusie

Naast de geldende behandelstrategieën volgens de Multidisciplinaire richtlijn depressie kan MBCT waardevol zijn in de behandeling voor cliënten met een depressie.

In deze gevalsbeschrijving had MBCT een positieve invloed op de kwaliteit van leven en het functioneren van een cliënt met een depressie. Goede zorg richt zich niet alleen op gezondheid maar ook op de kwaliteit van leven en het functioneren. Naast aandacht voor het medisch handelen kan de verpleegkundig specialist een aanvullende betekenis hebben door zich te richten op deze belangrijke waarden. De verpleegkundig specialist kan de cliënt hierin ondersteunen door het geven van MBCT. Het doen van vervolgonderzoek naar de werking van MBCT gericht op de kwaliteit van leven en het functioneren wordt aanbevolen om eerdere positieve bevindingen te ondersteunen. Daarmee kan meer practice-based evidence worden verzameld, teneinde MBCT een prominentere rol te geven in de behandeling van cliënten met depressie.

## Summary

Depression is a common psychiatric disorder. Antidepressants are considered standard in the prevention of relapse in depression. However, medicine can cause many side effects with reducing medication adherence as possible consequence. Besides medication therapy psychotherapy applies as standard treatment. Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) is a form of psychotherapy. There has been little research on the effect of MBCT on quality of life and functioning. This case study shows positive findings: by following MBCT the client experiences an improvement in quality of life and functioning. Further research on the effects in quality of life and functioning is important. Good care focuses not only on health, but also on quality of life and functioning. Further research can collect more practice-based evidence in order to give MBCT a more prominent role in the treatment of clients with depression.



## Literatuur

- American Psychiatric Association (APA) (2007). *Beknopte handleiding bij de Diagnostische criteria van de DSM-IV-TR*. Amsterdam: Harcourt Assessment bv.
- Bertolote, J.M., Fleischmann, A., Leo, D. de & Wasserman, D. (2004). Psychiatric diagnosis and suicide: revisiting the evidence. *Crisis*, 25 (4), 147-155.
- Bijl, R.V. & Ravelli A. (2000). Current and residual functional disability associated with psychopathology: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Psychological Medicine* 2000, 30, 57-668.
- Bockting, C.L., Hollon, S.D., Jarret, R, Kuyken, W. & Dobson, K. (2015). A lifetime approach to major depressive disorder: The contributions of psychological interventions in preventing relapse and recurrence, *Clinical Psychology Review*, 2015, doi: 10.1016/j.cpr.2015.02.003
- Bulechek, G., Butcher, H. & McCloskey Dochterman, J. (2012). *Verpleegkundige interventies*. Amsterdam: Elsevier Gezondheidszorg.
- De Graaf, R., Have, M. ten & Dorsselaer, S. van (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking: NEMESIS-2. Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-52. (Vertalers: D'haenen, H.A.H. & Verhoeven, W.M.A. Hamilton Depressie Schaal. Brussel: VUB-press).
- Hanson, K. R. & Harris, A.J.R. (2007). *Acute-2007 Coding Manual*. Canada (Nederlandse vertaling: Smid, W., Berg, J.W. van den & Koch, M. *Acute-2007 Scorehandleiding*, Utrecht: De Forensisch Zorgspecialisten).
- Hayes, S.C., Follette, V.M. & Linehan, M.M. (2004). *Mindfulness and acceptance: expanding the cognitive behavioral tradition*. New York: The Guilford Press.
- Hollon, S.D., Muñoz, R.F., Barlow, D.H., Beardslee, W.R., Bell, C.C., Bernal, G. et al., (2002). Psychosocial intervention development for the prevention and treatment of depression: promoting innovation and increasing access. *Biological Psychiatry*, 52, 610-630.
- Hollon, S.D., Robert, J., DeRubeis, R.J., Shelton, R.C., Amsterdam, J.D., Salomon R.M. et al., (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs. medications in moderate to severe depressions. *Archives of General Psychiatry*, 62, 417-422.
- Hoogendijk, W., Broek, W. van den, & Schaik, A. van (2012). Unipolaire stemmingsstoornissen. In: Hengeveld, M.W. & Balkom van., A.J.L.M. *Leerboek psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Hulsbergen, M. (2009). *Mindfulness. De aandachtsvolle therapeut*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Huysen, J., Schene, A.H., Sabbe, B. & Spinhoven, Ph. (2008). *Handboek Depressieve stoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R.S., Watkins, E., Holden, E., White, K., et al. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2008, 76, 966-978.
- Kruishaar, M.E., Hoeymans, N. Bijl, R.V., Spijker, J. & Essink-Bot M.L. (2003). Levels of disability in Major Depression. Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Journal of Affective Disorders*, 2003, 77, 1, 53-64.
- Moorhead, S. Johnson, M., Maas, M.L. & Swanson, E. (2011). *Verpleegkundige zorgresultaten*, tweede druk. Amsterdam: Elsevier Gezondheidszorg.
- NANDA International (2011). *Verpleegkundige diagnoses en classificaties 2009- 2011*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Nederlandse WHO-ICF Collaborating Centre (2007). *Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E.J., Cha, C.B., Kessler, R.C. & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Cambridge: Epidemiologic review*, 30, 1, 133-154.

- Poos, M.J.J.C., Schoemaker, C., Spijker, J., Gool, C.H. van, Foets, M., Lucht, F. van der, et al. (2014). Hoe vaak komen stemmingsstoornissen voor en hoeveel mensen sterven er aan? *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: rivm.
- Raymond, N.C., Coleman, E., Ohlerking, F., Christenson, G.A. & Miner, M. (1999). Psychiatric comorbidity in pedophilic seks offenders. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 5, 786-788.
- Segal, Z.V., Teasdale, J.D. & Williams, J.M. (2006). Cognitieve therapie gebaseerd op mindfulness. Theoretische principes en empirische status. In: Hayes, S.C., Follette, V.M. & Linehan, M.M. (red.), *Mindfulness en acceptatie. De derde generatie gedragstherapie* (p. 65-86). Amsterdam: Harcourt Assessment.
- Segal, Z.V., Williams, J.G. & Teasdale, J.D. (2010). *Aandachtgerichte cognitieve therapie bij depressie. Een op mindfulness gebaseerde methode om terugval te voorkomen*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G. & Teasdale, J.D. (2013). *Mindfulness en cognitieve therapie bij depressie*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Spijker, J., Bockting, C.H.L., Meeuwissen, J.A.C., Vliet, I.M. van., Emmelkamp, P.G.M., Hermens et al. (2013). *Multidisciplinaire richtlijn Depressie (Derde revisie): Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Teasdale, J.A. (2000). Prevention of relapse/ recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623.
- Trimbos-instituut (2015). *Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkeitsstoornissen*. Geraadpleegd op 26 augustus 2015 via [http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?page=/richtlijn/item/pagina.php&id=741&richtlijn\\_id=66](http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?page=/richtlijn/item/pagina.php&id=741&richtlijn_id=66)
- Van Aalderen, J.R., Donderds, A.R.T., Giommi, F., Spinhoven, P., Barendregt, H.P. & Speckens, A.E.M. (2011). The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in recurrent depressed patient with and without a current depressive episode: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42, 989-1001.
- Van Nieuwenhuizen, Ch., Schene A.H. & Koetier, M.W.J. (2000). *Manchester verkorte Kwaliteit van leven meting*. Eindhoven: Forensische Jeugdcliniek de Catamaran.
- Vin, de C. & Pieters, G. (2005). Voorkomen van recidief bij depressie: Fava's cognitieve psychotherapie gericht op welzijn. *Tijdschrift voor psychiatrie* 47, 5, 319-323.
- Webster, C.D. Martin, M. Brink, J., Nicholls, T.L. & Middleton, C. (2004). Short-term assessment of risk and treatability (START): Version 1.1. Canada: St. Joseph's Health Care and Forensisch Psychiatric Services. (Nederlandse vertaling: 't Lam, K., Lancel, M. & Hoekstra, T. *Handleiding bij de Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): Richtlijnen bij het beoordelen van korte termijn risico's en behandelbaarheid*, Assen: GGZ Drenthe).
- Wing, J.K., Beevor, A.S. & Curtis, A.S. (1996). Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). London: Royal College of Psychiatrists. (Nederlandse Vertaling: Mulder, C.L., Staring, A.B.P., Loos, J. Buwalda, Kuijpers, V.J.A. & Systema, S. *De Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) in Nederlandse bewerking*. Rotterdam).

### Samenvatting

Depressie is een veelvoorkomende psychiatrische stoornis. Medicamenteuze behandelstrategieën gelden bij het voorkomen van recidief bij depressie als standaard. Medicijnen kunnen echter voor veel bijwerkingen zorgen, met als mogelijk gevolg vermindering van medicatietrouw. Naast medicamenteuze behandeling geldt psychotherapie als standaardbehandeling. Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) is een vorm van psychotherapie. Er is weinig onderzoek gedaan naar het effect van MBCT op de kwaliteit van leven en het algemeen functioneren. Deze gevalsbeschrijving toont positieve bevindingen: de cliënt ervaarde door het volgen van MBCT een verbetering in zijn kwaliteit van leven en functioneren. Het doen van vervolgonderzoek over de werking van MBCT is belangrijk. Goede zorg richt zich niet alleen op het verbeteren van gezondheid, maar ook op het verbeteren van de kwaliteit van leven en het functioneren. Met vervolgonderzoek kan meer practice-based evidence worden verzameld, om zodoende MBCT een prominentere rol te geven in de behandeling van cliënten met depressie.

*Trefwoorden:* depressie, Mindfulness Based Cognitive Therapy