

ERVARINGEN VAN EEN GEESTELIJK VERZORGER MET MINDFULNESS IN DE GGZ

Door: dr. Christa Anbeek*

In de geestelijke gezondheidszorg heeft mindfulness de aandacht. Er wordt veel onderzoek naar gedaan en het is een beproefde methode in de behandeling van depressie. Het kan terugval voorkomen als iemand al meerdere depressies heeft gehad. Christia Anbeek vertelt in dit artikel over haar ervaringen met mindfulness en vraagt zich af welke rol geestelijk verzorgers kunnen hebben in het werken met deze methode.

Inleiding

De afgelopen tien jaar ben ik als geestelijk verzorger werkzaam geweest bij Meerkanten GGZ. Voordat ik mijn werkzaamheden voor deze instelling begon, was ik als gastspreker uitgenodigd om iets te komen vertellen over de boeddhistische achtergronden van de *Dialectische Gedragstherapie* van Marsha Linehan, die bedoeld is voor mensen met ernstige persoonlijkheidsstoornissen. Een belangrijk onderdeel van deze therapie is het aanleren van de ‘kernoplettenheidsvaardigheden’. Deze vaardigheden zijn aandachtsoefeningen, waarin cliënten leren om met aandacht te observeren, te beschrijven, één ding tegelijk te doen, waar te nemen zonder te oordelen, helemaal hier en nu in het huidige moment te zijn en effectief te zijn.¹ Marsha Linehan vindt er geen doekjes om dat zij voor deze vaardigheden, en ook voor de achterliggende dialectische filosofie die de basis voor haar benadering vormt, schatplichtig is aan het zen-boeddhisme.² Wel benadrukt zij dat de oefeningen geen boeddhistische oefeningen zijn, maar los van

deze context in de therapie hun plek hebben.

De uitnodiging om iets te komen vertellen over de Zen Boeddhistische achtergronden waar deze therapie op gebaseerd is, kwam voort uit het gegeven dat een deel van mijn expertise op dit terrein ligt. Ik promoveerde op een studie waarin ik een Zen Boeddhistische filosofie over de dood vergeleek met een christelijke, en werkte daarna in een meditatiecentrum waar ik de praktijk van Zen leerde kennen.

Toen ik een aantal maanden later binnen dezelfde instelling als geestelijk verzorger ging werken, was door deze lezing van meet af aan duidelijk dat ik bekend was met inzichten en praktijken uit het boeddhisme. Dit leidde tot verschillende activiteiten. Als snel werd ik gevraagd om deel te nemen aan de intervisiegroep van de dialectische gedragstherapie. Binnen deze groep was er niemand die echt ervaren was in de aandachtsoefeningen die bij de therapie horen, en men wilde graag ondersteuning op dit gebied. Een tweede stap was, dat ik als

co-trainer de vaardigheidstraining ging geven, met als speciaal aandachtsgebied de kernoplettendheidsvaardigheden.

Vervolgens werd er een intervisiegroepje opgericht van therapeuten van verschillende afdelingen van de instelling, die persoonlijk ervaring hadden met boeddhistische meditatietechnieken en die wilden nadenken op welke wijze deze technieken ingezet zouden kunnen worden bij cliënten. Al snel stuitte wij op de *aandachtgerichte cognitieve therapie bij depressie (ACT)* die is ontwikkeld door Segal, Williams en Teasdale.³ Deze therapie is erop gericht om terugval na een depressie te voorkomen en is erg succesvol, met name bij mensen die meer dan drie keer een depressie hebben gehad. De laatste jaren is deze therapie ook binnen de Nederlandse GGZ sterk in opmars en veel therapeuten zijn enthousiast over het werken met ACT.

Mindfulness voor hulpverleners

Vanuit onze intervisiegroep werd het plan opgevat om hulpverleners binnen de eigen instelling kennis te laten maken met deze vorm van therapie, door hen de training, zoals die voor cliënten bedoeld is, helemaal zelf te laten ondergaan. Op deze wijze zouden zij getraind worden om zelf met deze therapie te kunnen werken.

De training bestaat uit acht bijeenkomsten van twee en een half uur. Ook wordt van elke deelnemer verwacht dat er minimaal een uur per dag aan oefeningen wordt besteed. De inhoud van de training bestaat uit het stapsgewijs aanleren van meditatie, waarbij uitdrukkelijk wordt gesteld dat deze los moet worden gezien van de Boeddhistische context waar de oefeningen uit voortkomen. Daarnaast zijn er een aantal cognitief therapeutische interventies. Het doel is om een andere houding aan te leren ten aanzien van (negatieve) lichamelijke sensaties, gedachten en gevoelens.

Een uitgangspunt van de therapie is dat wij normaal gesproken door een aantal motivaties gedreven worden dat uiteindelijk niet bevorderlijk is

voor ons welzijn. In de eerste plaats is daar de *automatische piloot*. Zonder echt stil te staan bij de dingen wordt ons leven voortgeleefd, waarbij we vaak maar nauwelijks aandacht hebben voor onze omgeving en onszelf. Een tweede drijfveer is de wens om een negatieve stemming of sensatie kwijt te raken. Er is een sterke gehechtheid aan het doel om je gelukkig te voelen. Verder is er het constant monitoren van de huidige en de gewenste staat en een groot vertrouwen op verbale oplossings technieken.

Binnen de therapie wordt met aandachtgerichtheid een aantal andere houdingen aangeleerd. In de eerste plaats concentratie op het hier en nu. Vanuit de concentratie is er aandacht mogelijk voor gedachten, emoties en lichamelijke sensaties. Er is de aanmoediging om de gedachten, emoties en sensaties onder ogen te zien en helemaal toe te laten, ook als ze niet prettig zijn. Er wordt een houding van acceptatie, verdragen en uithouden aangeleerd door helemaal in het hier en nu te zijn met dat wat zich voordoet, zonder te oordelen. Verder wordt er de-identificatie aangeleerd. Er wordt benadrukt dat gedachten slechts gedachten zijn en geen feiten. Door de gedachte 'ik ben waardeloos' als een gedachte te gaan zien, en niet als een feit ontstaat er ruimte. Gedachten komen en gaan, je kunt er naar kijken en proberen ze los te laten. Je bent niet gedwongen om in de waarheid van de gedachte te geloven. Ook op het gebied van emoties en fysieke gewaarwordingen wordt de-identificatie aangeleerd. De eerste stap is leren waarnemen wat er gaande is. De tweede stap is het zonder oordeel accepteren (welkom heten) wat er is. De derde stap is inzien dat een mens niet totaal hoeft samen te vallen met zijn gedachten, gevoelens of lichamelijke gewaarwordingen. Er is ruimte om een somber gevoel te laten zijn, zonder je helemaal door dat gevoel te laten bepalen.

Er zijn verschillende metaforen om dit proces van de-identificatie voor te stellen. Een daarvan is de

metafoor van de berg. Je stelt jezelf voor als een stille, immense berg (die bewegingloos in meditatie zit). Rondom de berg speelt zich van alles af, soms is er zonneschijn en rust, soms zware regens en stormen, dan weer sneeuw, dag en nacht. Alles komt en gaat, maar de berg staat rustig op zijn plek.

De training die ik samen met een psychotherapeut gaf is door drie groepen van twintig hulpverleners ondergaan. Het programma, zoals dat beschreven wordt door Segal, Williams en Teasdale, werd exact gevolgd. De enige verandering was dat er twee keer anderhalf uur werd uitgetrokken om de vraag te bespreken, op welke wijze de hulpverleners met hun eigen cliënten deze therapie zouden kunnen toepassen.

De ervaringen met deze drie groepen waren zeer gevarieerd en alleen al hieraan zou een heel artikel gewijd kunnen worden. Twee opmerkelijke zaken wil ik hier noemen. Veel van de hulpverleners gaven in de loop van de cursus aan, dat zij er vooral voor zichzelf (persoonlijk en in hun werk) veel aan hadden. De oefeningen hielpen hen om meer in het hier en nu te zijn, niet van het ene contact naar het andere te rennen, meer aandacht te hebben voor eigen gedachten, gevoelens en fysieke sensaties en signalen, en die zonder oordelen waar te nemen. Ook hielp het hen om minder krampachtig naar verandering te streven en met meer rust te kijken naar wat er bij de cliënt gaande is. Een tweede verrassing was, dat veel hulpverleners aangaven dat zij veel aan de cursus hadden gehad, maar zichzelf niet in staat achten om deze training zelf al aan cliënten te geven. Zij waren van mening dat er vooral meer achtergrond in meditatie voor nodig is om de training goed te kunnen geven.

Mindfulness voor ouderen

Een volgende stap in mijn mindfulnessactiviteiten, was dat ik werd gevraagd om mee te werken aan een pilot 'mindfulness voor ouderen'. De behandelaar van de polikliniek en deeltijdafdeling voor

ouderen was een van onze cursisten geweest. Zij was ervan overtuigd dat deze therapie veel zou kunnen betekenen voor een grote groep van haar cliënten. Met name bij ouderen zijn depressies en terugval na een depressie een veel voorkomend en groeiend probleem. We dienden een aanvraag in het kader van innovatieprojecten in en die werd gehonoreerd.

Het doel van het project was: ervaring opdoen met deze methode bij ouderen verlichting van klachten bij die ouderen die niet/onvoldoende reageren op geboden behandeling terugvalpreventie

Vorbereiding en uitvoering

Het project begon met werving en selectie van deelnemers. Er werd een folder geschreven en een selectie gemaakt van mogelijke deelnemers. Het belangrijkste criterium voor de selectie was dat deelnemers verschillende depressies hadden door- gemaakt en op dat moment niet depressief waren. Ook werd er een voorlichtingsbijeenkomst gehouden.

Uiteindelijk meldden zeventien deelnemers zich aan, vier mannen en dertien vrouwen tussen de 61 en 79 jaar. Er is precies hetzelfde programma gevolgd, zoals dat is omschreven door Segal, Williams en Teasdale. Met name over de lengte van de meditatieperiodes (veertig minuten) werd te voren nagedacht. Sommige hulpverleners vroegen zich af of veertig minuten mediteren voor ouderen niet te lang was. Uiteindelijk werd besloten om niet bij voorbaat het programma aan te passen, maar eerst te ondervinden hoe het ervaren zou worden.⁴ Drie deelnemers zijn uiteindelijk afgevallen, één man vanwege gezondheidsproblemen en twee vrouwen omdat ze de cursus niet als zinvol ervoeren.

Er zijn voor- en nametingen verricht aan de hand van een aantal vragenlijsten. Naast een mondelinge evaluatie na afloop tijdens de terugkombijeenkomst van de therapie, kozen we ervoor om de mensen te laten interviewen over hun ervaringen.

De interviews werden deels mondeling en deels telefonisch afgenomen, door een medewerker die niet bij de cursus en ook niet bij de ouderenzorg betrokken is.

Resultaten:

De analyse van de vragenlijsten leverde geen significante resultaten op. Dat verbaasde ons niet: de groepsgrootte was daar ook niet voldoende voor. Wel werd er een aantal interessante verbanden gevonden. Enkele voorbeelden: uit de verschillen tussen voor- en nameting blijkt, dat na de therapie het vermogen tot verbaliseren toeneemt, de controle over het dagelijks leven groter is, mensen beter fantasieren, ze minder emotioneel zijn en de mate van angst en depressie afnemen. De effecten lijken het grootst bij de hoger opgeleide groep. Uit de gehouden interviews (13) kwam naar voren, dat tien personen de cursus positief hebben ervaren. Drie personen gaven aan niet veel met de methode te kunnen. Degenen die de cursus positief ervaren hadden, gaven aan dat ze veranderingen bemerkten in hun omgang met stress en dat ze beter in staat waren gedachten te laten zijn voor wat ze zijn. Ook vertelden deelnemers dat ze dingen bewuster doen, zichzelf niet afkraken, meer inzicht hebben in zichzelf, zich beter kunnen concentreren, eerder over een sombere stemming heen zijn, beter kunnen relativeren en rustiger in geest en lichaam zijn. Elf personen gaven aan thuis nog regelmatig te oefenen en zes van hen hebben behoefte aan een groep waarin, bijvoorbeeld wekelijks, met de meditatie kan worden geoefend. Alle personen gaven aan tevreden te zijn over de begeleiding, waarbij men aangaf zich veilig gevoeld te hebben en gemerkt te hebben dat de begeleiding veel kennis van zaken had en veel ervaring met deze methode.

Als hulpverleners concludeerden wij dat:

- Er uiteraard nog niets gezegd kon worden over de mate van terugval in de toekomst, maar dat op grond van de gevonden verbanden voorzich-

tig geconcludeerd kan worden dat deze therapie zinvol kan zijn voor oudere mensen met recidiverende depressies.

- De methode zoals die is gebruikt (het protocol zoals uitgewerkt door Williams, Teasdale en Segal) goed toepasbaar lijkt. De lengte van de meditatieperiodes bleek niet te groot voor deze groep. Ook de andere oefeningen konden goed worden gedaan.
- Degenen die de cursus geven deskundig moeten zijn op het gebied van cognitieve therapie, maar ook zeer goed ingevoerd dienen te zijn in de toegepaste meditatietechnieken en de achtergronden daarvan. Alleen op die manier kan voldoende veiligheid en kwaliteit geboden worden.

Geestelijk verzorgers en mindfulness

Een onderwerp dat mij zelf bezig houdt, na het geven van drie cursussen aan hulpverleners en een cursus aan oudere cliënten, is wat de specifieke bijdrage van geestelijk verzorgers kan zijn in het werken met deze methode. Is het toevallig mijn eigen expertise op het gebied van boeddhisme die mij geschikt maakte om de bovenstaande activiteiten op het gebied van mindfulness te ontwikkelen, of is het eigen aan geestelijke verzorging om een speciale bijdrage te kunnen leveren aan mindfulness - activiteiten?

Mijn hypothese is dat geestelijk verzorgers, meer dan andere beroepsgroepen in de GGZ, vertrouwd zijn met de levensbeschouwelijke inzichten, houdingen en oefeningen die schuil gaan achter dergelijke therapieën, en dat zij daarom extra dimensies kunnen toevoegen aan het werken met deze methode.

Vanaf het begin dat meditatietechnieken worden toegepast in therapieën, wordt onderstreept dat deze oefeningen weliswaar voortkomen uit Oosters levensbeschouwingen, maar daar vervolgens van losgesneden zijn en louter als techniek worden toegepast.

Mijn eigen ervaring is dat dit onderscheid tussen techniek en 'visie op leven' niet zo eenvoudig gemaakt kan worden. Dit blijkt ook uit de protocollen van de therapieën zelf. Daarin wordt voortdurend, impliciet en expliciet (bijvoorbeeld aan de hand van gedichten) aangeduid dat het hierbij niet louter om een techniek gaat. De meditatieoefeningen zijn geen trucjes die handig toegepast kunnen worden, maar een methode die een andere houding in het leven mogelijk maakt. Deze houding is in het Boeddhisme te vinden, maar niet daar alleen. Ook in andere levensbeschouwelijke stromingen, zoals het mystieke Christendom, of de mystieke Islam, of in filosofische levensbeschouwingen zoals de Stoa, wordt een houding van in het hier en nu verblijven, welkom heten wat er op je af komt, introspectie van gevoelens, verlangens, angsten en andere emoties aangeleerd. Als het goed is hebben geestelijk verzorgers speciale expertise op dit gebied, en kunnen zij de oefeningen en levenshoudingen die worden aangeleerd in een bredere context plaatsen en toelichten. Hierbij kunnen zij een verrijking en verdieping aanbren- gen (of expliciet maken) in het werken met mindfulness. Aandachtgerichtheid is niet een nieuwe techniek (een nieuwe vorm van medicatie die je los van een context kunt innemen) om depressieve en andere symptomen te bestrijden, maar is een oude en beproefde wijze van in het leven staan.

Een trend die op dit moment zichtbaar wordt is, dat met name psychologisch geschoolde hulpverleners met deze methode werken. Het zou jammer zijn als geestelijk verzorgers het daarbij laten. Zij hebben hier iets specifiek te bieden dat zij niet aan anderen kunnen overlaten. Natuurlijk is het van belang dat geestelijk verzorgers zelf ervaring opdoen, of hebben opgedaan, met de methode van mindfulness. Maar ook hier denk ik dat geestelijk verzorgers zich gunstig onderscheiden ten opzichte van andere hulpverleners in de zin dat een ruim percentage van hen zich al eens heeft begeven op het pad van boed-

dhistische meditatie of aangrenzende meditatie- en stilteoefeningen uit andere levensbeschouwelijke tradities.

Naar mijn mening mogen geestelijk verzorgers hun mogelijke bijdrage aan het werken met mindfulness niet onderschatten. Los van de officiële mindfulness trainingen kunnen zij op vele andere wijze met meditatieoefeningen werken en zo cliënten ondersteunen in het verder vertrouwd worden met deze levenshouding en met oefeningen die welzijn bevorderen. In individuele gesprekken kan een accent gelegd worden op de stilteoefeningen, of op de houding van niet-oordelen en in het hier en nu blijven. Maar ook in groepsmomenten kan er met aandachtsoefeningen gewerkt worden, zonder dat direct een heel acht - weken programma gedraaid hoeft te worden. Er zijn tal van creatieve oefeningen waarmee stapsgewijs toegewerkt kan worden naar de wijze van in het leven staan, die met de mindfulness methode beoogd wordt.

Het is van belang dat geestelijk verzorgers die werken met, of geïnteresseerd zijn in, mindfulness met elkaar van gedachten wisselen over mogelijkheden en valkuilen van het als geestelijk verzorger werken met deze methode. Een landelijke werkgroep op dit gebied zou zeer welkom zijn.

* Dr. Christa Anbeek werkte 10 jaar lang als geestelijk verzorger bij Meerkanten GGZ. Momenteel werkt zij als universitair docent religiewetenschappen aan de Universiteit van Tilburg, en als universitair docent reflectievaardigheden aan de Universiteit voor Humanistiek.

Noten

- 1 M.M. Linehan, *Borderline persoonlijkheidsstoornis. Handleiding voor training en therapie*, Lisse: Swets & Zeitlinger Publishers, 1996, p. 87-95
- 2 idem, p.18
- 3 Z.V. Segal, J.M.G. Williams, J.D. Teasdale, *Aandachtgerichte cognitieve therapie bij depressie. Een nieuwe methode om terugval te voorkomen*, Amsterdam: uitgeverij Nieuwwerzijds, 2004
- 4 Slechts twee cognitieve voorbeelden uit de cursus, waarin wordt uitgegaan van een werksituatie, werden aangepast omdat de meeste deelnemers niet meer werkten.