



> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

0530.2013113362

Datum 25 september 2013
Betreft Standpunt Mindfulness bij psychische stoornissen

**College voor
zorgverzekeringen**
Pakket

Eekholt 4
1112 XH Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.cvz.nl
info@cvz.nl

T +31 (0)20 797 89 59

Contactpersoon
mw. mr. M.E. Kroes
T +31 (0)20 797 86 31

Onze referentie
2013113362

Geachte mevrouw Schippers,

Hierbij treft u ter kennisneming aan ons standpunt over Mindfulness bij psychische stoornissen.

Mindfulness is geïntegreerd in de psychologische interventie gedragstherapie en heet dan Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT). Naar MBCT is voldoende onderzoek gedaan om conclusies te trekken.

Uit de studies blijkt dat MBCT bij volwassen patiënten met een recidiverende depressieve stoornis in remissie, met drie of meer voorafgaande depressieve periodes, voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk. MBCT valt daarmee in die situaties onder de te verzekeren zorg in het kader van de Zorgverzekeringswet.

Mindfulness (trainingen of -cursussen) ter behandeling van psychische stoornissen voldoen niet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk en vallen niet onder het basispakket van de Zorgverzekeringswet.

Wij adviseren zorgverzekeraars met dit standpunt rekening te houden in hun inkoop- en vergoedingsbeleid.

De Raad van Bestuur heeft dit standpunt vastgesteld op 16 september 2013.

Hoogachtend,


Arnold Moerkamp
Voorzitter Raad van Bestuur

STANDPUNT

Mindfulness bij psychische stoornissen

Datum 16 september 2013

Colofon

Volgnummer	2013088772
Contactpersoon	mw. mr. J.M. van Diggelen +31 (0)20 797 85 49
Afdeling	Zorg

Inhoud

Colofon—1

Samenvatting—5

- 1 Inleiding—7**
 - 1.1 Aanleiding—7
 - 1.2 Centrale vraag—7
 - 1.3 Leeswijzer—7

- 2 Wanneer valt een interventie onder de te verzekeren prestaties en hoe beoordelen we dit?—9**
 - 2.1 Wat zijn de criteria?—9
 - 2.2 Hoe toetsen wij?—9

- 3 Voldoet de interventie aan de criteria?—3**
 - 3.1 Voldoet de interventie bij behandeling van psychische stoornissen aan het criterium van de wetenschap en praktijk?—3
 - 3.1.1 Mindfulness—3
 - 3.1.2 Onderzoek Pallas—4
 - 3.1.2.1 Toepassing mindfulness: bij welke psychische stoornissen?—4
 - 3.1.2.2 Effectiviteit van de interventie—4
 - 3.1.3 Richtlijnen—5
 - 3.2 Conclusie criterium stand van de wetenschap en praktijk—6

- 4 Consultatie—7**

- 5 Conclusie over te verzekeren zorg: standpunt—7**

- 6 Consequenties voor de praktijk—9**

- 7 Vaststelling standpunt—10**

Bijlage Toepassing en effectiviteit van mindfulness bij psychische stoornissen 'Expertinterviews en systematisch literatuuronderzoek'

Samenvatting

In dit standpunt beoordelen we of mindfulness valt onder de te verzekeren prestaties (basisverzekering).

Mindfulness wordt in Nederland steeds meer aangeboden en is erg populair. Over de vergoeding van deze interventie bestaat echter nog veel onduidelijkheid. We hebben onderzoek laten doen door Pallas health research and consultancy (Pallas). Het onderzoek bestond uit twee onderdelen:

- (i) het in kaart brengen van de patiëntencategorie(ën) of psychische stoornissen waarbij mindfulness wordt toegepast, en
- (ii) de effectiviteit van mindfulness als interventie bij verschillende psychische stoornissen.

Op basis van dit onderzoek beoordelen we of mindfulness voldoet aan de vereisten voor vergoeding danwel verstrekking ten laste van de basisverzekering.

Voor wat betreft de toepassing van mindfulness komt uit het onderzoek naar voren dat behandelaars met name toepassingsmogelijkheden zien als sprake is van piekeren of impulsief gedrag. Omdat dit bij veel psychische stoornissen een rol kan spelen wordt mindfulness bij uiteenlopende psychische stoornissen ingezet. Mindfulness lijkt minder geschikt te zijn in de acute fase van een stoornis.

Mindfulnesscursussen worden breed aangeboden en lijken te voldoen in een behoefte voor mensen die hulp zoeken bij psychische klachten.

Onderzoek naar de effectiviteit van de inzet van mindfulness bij de behandeling van psychische *stoornissen* is beperkt aanwezig. Mindfulness is geïntegreerd in de psychologische interventie gedragstherapie en heet dan Mindfulness Based Cognitive Therapy. Naar MBCT is voldoende onderzoek gedaan om conclusies te trekken.

De conclusie met betrekking tot de stand van de wetenschap en praktijk luidt dat Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) bij volwassen patiënten met een recidiverende depressieve stoornis in remissie, met drie of meer voorafgaande depressieve episodes, voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk.

Mindfulness(trainingen of -cursussen) ter behandeling van psychische stoornissen voldoen niet aan het criterium stand wetenschap en praktijk.

1 Inleiding

1.1 **Aanleiding**

Voor partijen in de zorg is niet altijd duidelijk of een bepaalde interventie al dan niet tot het pakket behoort. Een dergelijke onduidelijkheid is aan de orde bij mindfulness als interventie bij de behandeling van psychische stoornissen. Dit blijkt onder meer uit de Pakketscan depressie (uitgave CVZ nr. 308).

Wij zijn verantwoordelijk voor het beantwoorden van de vraag of een interventie behoort tot de te verzekeren prestaties (basisverzekering). Onze beoordeling heeft de vorm van een standpunt.

1.2 **Centrale vraag**

De centrale vraag van dit standpunt is of mindfulness als interventie bij de behandeling van psychische stoornissen voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk en daarmee valt onder de te verzekeren prestatie geneeskundige zorg.

1.3 **Leeswijzer**

Hoofdstuk 2 beschrijft de algemene criteria waar een interventie aan moet voldoen om onder de basisverzekering te vallen. In hoofdstuk 3 wordt uitgelegd dat de behoefte aan behandeling van psychische stoornissen een te verzekeren risico is. Daarna wordt besproken of mindfulness als behandeling bij psychische stoornissen voldoet aan het criterium de stand van de wetenschap en praktijk. In hoofdstuk 4 worden de uitkomsten van de consultatie besproken. In hoofdstuk 5 komt de conclusie aan bod en ten slotte wordt in hoofdstuk 6 ingegaan op de eventuele gevolgen voor de uitvoeringspraktijk.

2 Wanneer valt een interventie onder de te verzekeren prestaties en hoe beoordelen we dit?

2.1 **Wat zijn de criteria?**

Een interventie (of zorgvorm) valt alleen onder de te verzekeren prestaties wanneer deze voldoet aan de hiernavolgende criteria.

Artikel 10 Zvw beschrijft het eerste criterium: het somt op voor welke risico's zorg verzekerd moet worden. Het omschrijft deze risico's als 'de behoefte aan geneeskundige zorg enz.'. De te beoordelen zorgvorm valt alleen onder de te verzekeren prestaties wanneer deze (één van) deze risico's dekt.

Artikel 2.4, eerste lid van het Besluit zorgverzekering beschrijft dat het moet gaan om zorg zoals deze pleegt te worden geboden door de daar genoemde zorgaanbieders.

Artikel 2.1, tweede lid van het Besluit zorgverzekering beschrijft het laatste criterium: een zorgvorm valt verder alleen onder de te verzekeren prestaties wanneer de zorg volgens de stand van de wetenschap en praktijk als effectief kan worden beschouwd.

2.2 **Hoe toetsen wij?**

Nadat we hebben vastgesteld of een zorgvorm (één van) de risico's uit artikel 10 Zvw dekt en door de genoemde zorgaanbieders pleegt te worden aangeboden, bepalen we of de zorgvorm voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en de praktijk.

Wij hebben onze werkwijze om de stand van de wetenschap en praktijk te bepalen, beschreven in het rapport *Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk*. We onderzoeken of er wetenschappelijk bewijs is voor de effectiviteit van de zorgvorm. Daarbij volgen we het de principes van evidence based medicine (EBM). De EBM-methode richt zich op 'het zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal.' Verder is ons algemene uitgangspunt dat er voor een positieve beslissing over de effectiviteit medisch-wetenschappelijke gegevens met een zo hoog mogelijke bewijskracht beschikbaar moeten zijn. Mochten dergelijke gegevens niet beschikbaar zijn dan kunnen we beargumenteerd van dit vereiste afwijken en eventueel genoegen nemen met gegevens van een lagere bewijskracht.

3 Voldoet de interventie aan de criteria?

Omdat behandeling van psychische stoornissen in beginsel valt onder geneeskundige zorg zoals huisartsen, klinisch psychologen en medisch specialisten die plegen te bieden (artikel 10 onder a Zvw en artikel 2.4, eerste lid Besluit zorgverzekering), gaat het in dit standpunt uitsluitend om de vraag of mindfulness als interventie bij behandeling van de psychische stoornissen voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk.

3.1 **Voldoet de interventie bij behandeling van psychische stoornissen aan het criterium van de wetenschap en praktijk?**

In dit standpunt gaat het om mindfulness als interventie bij de behandeling van psychische stoornissen zoals huisartsen, klinisch psychologen en medisch specialisten die plegen te bieden. Wij hebben Pallas opdracht gegeven een literatuuronderzoek uit te voeren om te beoordelen of deze interventie voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk. Het rapport van Pallas is als achtergrondrapportage bijgevoegd.

3.1.1 *Mindfulness*

Een eenduidige omschrijving van 'mindfulness' is er niet. Hierna volgt een aantal omschrijvingen om te typeren wat er onder kan worden verstaan.

Mindfulness (opmerkzaamheid, aandachtgerichtheid) staat voor een vorm van bewustzijn waarbij mensen observeren wat zich in hun lichaam en geest voordoet, zonder hierover te oordelen of er meteen met handelingen op te reageren. Daardoor zijn ze beter in staat in het 'hier en nu' te leven.

Mindfulness maakt gebruik van een meditatietechniek die focust op het hier en nu om zorgen of opdringerige herinneringen tot bedaren te brengen. Tijdens een mindfulnessstraining leert iemand zijn aandacht te richten op de ademhaling, een voorwerp of een dagelijkse handeling zoals eten.

Mindfulness bestaat uit twee componenten. Aandachtstraining of concentratie, waarbij mensen leren hun aandacht op één ding te richten. En openstaan voor het hier en nu, waarbij mensen leren opmerkzaam te zijn zonder daar meteen een oordeel aan vast te knopen.

De oorsprong van mindfulness ligt in het boeddhisme. Eind jaren zeventig van de vorige eeuw is het Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) programma ontwikkeld: een cursus waarin mensen door middel van meditatieoefeningen leren om op een andere manier te reageren op stress of pijn.

Mindfulness is ook geïntegreerd in een psychologische interventie, namelijk cognitieve gedragstherapie. Deze geïntegreerde therapie noemt men Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT). MBCT combineert mindfulness met elementen uit de cognitieve therapie en is specifiek gericht op preventie van terugval bij patiënten met terugkerende depressies. MBCT bestaat uit acht wekelijkse groepsbijeenkomsten van tweeënhalf uur en een stiltedag. Tijdens de bijeenkomsten worden zowel meditatieoefeningen gedaan als gesprekken gevoerd over de relatie tussen gedachtepatronen, gedrag en (depressieve) gevoelens. Naast de bijeenkomsten krijgen de participanten dagelijks huiswerk.

3.1.2 *Onderzoek Pallas*

Om een standpunt over mindfulness als interventie bij psychische stoornissen te kunnen innemen hebben we onderzoek laten verrichten. Onderzoeksbureau Pallas heeft dit onderzoek uitgevoerd. Het onderzoek bestond uit twee delen: (i) het in kaart brengen van de patiëntencategorie(ën) of psychische stoornissen waarbij mindfulness wordt toegepast en (ii) de effectiviteit van mindfulness bij de verschillende psychische stoornissen. Het rapport van Pallas is als achtergrondrapportage bij dit standpunt gevoegd (bijlage).

3.1.2.1

Toepassing mindfulness: bij welke psychische stoornissen?

Het eerste deel betrof het in kaart brengen van de patiëntencategorie(ën) of psychische stoornissen waarbij mindfulness wordt toegepast. Behandelaars zien met name toepassingsmogelijkheden voor mindfulness als sprake is van piekeren of impulsief gedrag. Omdat dit bij veel psychische stoornissen een rol kan spelen wordt mindfulness bij uiteenlopende psychische stoornissen ingezet. Mindfulness lijkt minder geschikt te zijn in de acute fase van een stoornis.

Een eenduidige omschrijving van mindfulness is er niet. Daarnaast wordt het begrip mindfulness ook gehanteerd voor een therapie waarin mindfulness is geïntegreerd, zoals MBCT. Dit is verwarrend. Hierna bedoelen we met mindfulness een cursus of training zonder cognitieve therapie-elementen. Zijn deze er wel dan noemen we dit MBCT.

Mindfulness-elementen zijn geïntegreerd in MBSR of MBCT. MBSR is ontwikkeld voor mensen met lichamelijke klachten (chronische pijn/stress) en heeft daarmee een breed toepassingsgebied. MBCT is specifiek ontwikkeld voor mensen met terugkerende depressies, en wordt dan ook vaak gebruikt bij deze groep. Mindfulness kan ook ingeweven zijn in het behandelprogramma, zoals bijvoorbeeld het geval is bij Dialectical Behavior Therapy bij de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen.

Het onderzoek naar de inzet van mindfulness therapie (MBCT) bij verschillende doelgroepen/psychische stoornissen is in ontwikkeling. Om die reden is het moeilijk om definitief uitsluitsel te geven over de groepen waarbij mindfulness therapie wel of niet kan worden toegepast. De experts waren het er wel over eens dat mindfulness therapie niet geschikt is voor mensen met een psychose of een manie. Het gaat hierbij met name om de fase waarin de stoornis zich bevindt. Patiënten met een acute psychose of een acute manie zullen niet in staat zijn om mindfulness toe te passen en een programma te volgen (het uitvoeren van meditatieoefeningen wordt bemoeilijkt doordat personen met een acute psychose bijvoorbeeld wanen of hallucinaties hebben; manische personen kunnen vaak niet stilzitten). Na de acute fase, als patiënten stabiel zijn, zou mindfulness therapie wellicht wel een mogelijkheid kunnen zijn.

3.1.2.2

Effectiviteit van de interventie

Het tweede onderdeel van het onderzoek betrof de effectiviteit van mindfulness bij verschillende psychische stoornissen.

Voor weinig psychische stoornissen geldt dat (voldoende) wetenschappelijk is aangetoond dat mindfulness effectief is. Het meeste onderzoek is gedaan naar MBCT bij volwassenen met terugkerende depressies en angstklachten.

Het systematische literatuuronderzoek is uitgevoerd in drie literatuur databases: PubMed, Cochrane Library en PsycInfo. Het literatuuronderzoek heeft zich toegespitst op MBCT en MBSR omdat vooral hiernaar onderzoek is gedaan.

Het systematische literatuuronderzoek leverde negen studies op, waaronder drie meta-analyses en zes RCT's (randomised controlled trials). Deze zijn nader beschreven in de achtergrondrapportage. De kwaliteit van deze studies is redelijk tot matig. De studies gingen bij depressieve stoornissen en angststoornissen zowel over MBSR als MBCT, bij heterogene psychische stoornissen had de studie betrekking op MBSR.

Hieronder wordt de effectiviteit van de behandeling(en) per aandoening omschreven.

MBSR en MBCT bij depressieve stoornissen

De kwaliteit van de studie die betrekking had op MBSR als behandeling van volwassenen met een recidiverende depressieve stoornis was niet hoog genoeg om te kunnen concluderen dat de interventie effectief is.

Er is voldoende wetenschappelijk bewijs voor de toepassing van MBCT bij volwassenen met een recidiverende depressieve stoornis in remissie, die drie of meer voorafgaande depressieve episodes hebben gehad. Voor deze groep is MBCT een effectieve interventie voor terugvalpreventie. De verklaring hiervoor wordt gezocht in het feit dat hoe frequenter de terugval in piekeren en rumineren, des te effectiever MBCT blijkt te zijn. Weliswaar is er recent een kwalitatief goede Nederlandse studie verschenen waarin de MBCT ook effectief lijkt te zijn na een eerste of tweede depressieve episode maar de onderzoekers stellen echter zelf ook vast dat nader onderzoek is nodig om hun afwijkende resultaten te bevestigen. Meer onderzoek is derhalve hiervoor nodig om te voldoen aan het vereiste van de stand van de wetenschap en praktijk.

MBSR en MBCT bij angststoornissen

MBSR en MBCT lijken effectieve interventies voor de reductie van angstsymptomen bij volwassenen met diverse angststoornissen. De kwaliteit en het aantal van de studies was echter niet hoog genoeg om te kunnen concluderen dat de interventies effectief zijn.

MBSR bij heterogene psychische stoornissen

De kwaliteit van de studie die betrekking had op MBSR als behandeling bij heterogene psychische stoornissen was niet hoog genoeg om te kunnen concluderen dat de interventies effectief zijn.

3.1.3 Richtlijnen

Mindfulness als interventie/therapie komt niet voor in de richtlijnen op het gebied van psychische stoornissen. Ook MBSR komt daarin niet voor. MBSR wordt vooral toegepast bij somatische aandoeningen. Wel gaan GGZ-richtlijnen in op MBCT. De Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (3^e revisie, 2013) geeft de volgende conclusie: "Het is aangetoond dat bij patiënten met een depressieve stoornis die goed hebben gereageerd op een acute behandeling met een antidepressivum of anderszins, een vervolgbehandeling met preventieve cognitieve therapie of MBCT terugval kan voorkomen. Dit geldt met name bij patiënten met 3 of meer voorgaande depressieve episodes."

De Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen (3^e revisie, 2013) bevat de volgende tekst: "Bij voldoende respons op de behandeling en bij het bereiken van stabiele remissie vindt altijd terugvalpreventie plaats. Na een ernstige episode kan worden

gedacht aan preventieve cognitieve therapie of mindfulness based cognitieve therapy (MBCT; aandachtgerichte cognitieve therapie).”

In buitenlandse richtlijnen en standpunten komen de conclusies overeen met die in de Nederlandse richtlijn voor depressie.

3.2

Conclusie criterium stand van de wetenschap en praktijk

Op grond van de onderzoeksresultaten van Pallas en de richtlijnen is de conclusie dat er voldoende wetenschappelijk bewijs is voor de effectiviteit van MBCT als terugvalpreventie van volwassenen met een recidiverende depressieve stoornis in remissie. MBCT voldoet voor deze patiëntencategorie aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Er is geen bewijs van effectiviteit gevonden voor “mindfulness” als cursus of training bij de behandeling van een psychische stoornis.

4 Consultatie

Het CVZ heeft de volgende partijen inhoudelijk geconsulteerd:

- De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
- Het Nederlands Huisartsen Genootschap
- De Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie
- Het Nederlands Instituut van Psychologen

De NHG heeft inhoudelijk gereageerd. De NHG onderschrijft de conclusies van het standpunt. De NHG geeft aan dat het onderzoek zoals beschreven in de achtergrondrapportage vooral verricht is in niet-eerstelijns populaties en daardoor blijft het moeilijk extrapoleerbaar naar de huisartsenpraktijk.

5 Conclusie over te verzekeren zorg: standpunt

MBCT als interventie bij behandeling van volwassen patiënten met een recidiverende depressieve stoornis in remissie, met drie of meer voorafgaande depressieve episodes is op dit moment onderdeel van de te verzekeren prestaties en kan daarom verstrekt dan wel vergoed worden ten laste van de basisverzekering.

Mindfulness(training of -cursus) als interventie bij een psychische stoornis voldoet niet aan de stand wetenschap en praktijk en kan niet worden aangemerkt als een te verzekeren prestatie.

6 Consequenties voor de praktijk

MBCT kan gedeclareerd worden ten laste van de basisverzekering.

Mindfulness(training of -cursus) als interventie bij een psychische stoornis kan niet gedeclareerd worden ten laste van de basisverzekering.

Wij zullen in overleg treden met de Nederlandse Zorgautoriteit en DBC-Onderhoud over de wijze waarop dit standpunt kan worden verwerkt in het bekostigingssysteem voor de GGZ.

7 Vaststelling standpunt

Het CVZ heeft dit standpunt vastgesteld op 16 september 2013.

College voor zorgverzekeringen

Voorzitter Raad van Bestuur

A handwritten signature in black ink, consisting of several vertical strokes and a horizontal line at the end, positioned over the text 'Voorzitter Raad van Bestuur' and 'Arnold Moerkamp'.

Arnold Moerkamp



Toepassing en effectiviteit van mindfulness bij psychische stoornissen

Expertinterviews en systematisch literatuuronderzoek

Rotterdam, 23 november 2012

Mw. Caroline van den Ende, MSc

Mw. dr. Anouk Oordt

Mw. dr. Judith van den Bosch

Pallas health research and consultancy

www.pallashrc.com



Een onderzoek in opdracht van het CVZ – College voor Zorgverzekeringen



Pallas health research and consultancy

www.pallashrc.com

Tel. 010 - 447 44 49

Fax 010 - 447 44 50

Email info@pallashrc.com

Samenvatting

Achtergrond

Mindfulness

Mindfulness ('opmerkzaamheid') staat voor een vorm van bewustzijn waarbij mensen observeren wat zich in hun lichaam en geest voordoet, zonder hierover te oordelen of er meteen met handelingen op te reageren. De oorsprong van mindfulness ligt in het boeddhisme. Eind jaren '70 van de vorige eeuw werd mindfulness in Westerse landen geïntroduceerd door Jon Kabat-Zinn. Hij ontwikkelde het 'Mindfulness Based Stress Reduction' (MBSR) programma, een cursus waarin mensen door middel van meditatieoefeningen leren om op een andere manier te reageren op stress of pijn. Een variant op MBSR is 'Mindfulness Based Cognitive Therapy' (MBCT), deze therapie combineert mindfulness met elementen uit de cognitieve therapie en is specifiek gericht op preventie van terugval bij patiënten met terugkerende depressies.

Vergoeding mindfulness

Mindfulness wordt in Nederland steeds meer aangeboden en is erg populair. Over de vergoeding van mindfulness bestaat echter nog veel onduidelijkheid.

Doel onderzoek

Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) wil op basis van een onderzoek beoordelen of mindfulness aan de vereisten voor vergoeding uit het basispakket voldoet. Naast het in kaart brengen van de patiëntencategorie(ën) of psychische stoornissen waarbij mindfulness trainingen gegeven worden, wil het CVZ ook inzicht krijgen in de effectiviteit van mindfulness bij de verschillende psychische stoornissen.

Methoden

Het onderzoek naar mindfulness bestond uit twee onderdelen:

1. Een inventariserend deel, waarin de patiëntencategorie(ën) of psychische stoornis(sen) waarbij mindfulness wordt gegeven in kaart gebracht zijn.
2. Een systematisch literatuuronderzoek naar de effectiviteit van mindfulness bij de verschillende psychische stoornissen.

Resultaten

1. Toepassing mindfulness

- Behandelaars zien met name toepassingsmogelijkheden voor mindfulness als er sprake is van piekeren of impulsief gedrag. Omdat dit bij veel psychische stoornissen een rol speelt, wordt mindfulness training bij uiteenlopende psychische stoornissen ingezet; er is sprake van een brede doelgroep. Mindfulness lijkt minder geschikt te zijn in de acute fase van een stoornis, als de klachten het hevigst zijn. Dit geldt in het bijzonder voor mensen met een psychose of een manie.
- Voor weinig psychische stoornissen geldt dat (voldoende) wetenschappelijk is aangetoond dat mindfulness effectief is. Het meeste onderzoek is gedaan naar MBCT bij volwassenen met terugkerende depressies en angstklachten. Momenteel wordt MBCT als mogelijkheid voor terugvalpreventie genoemd in de multidisciplinaire richtlijn depressie (bij patiënten met een recidiverende depressieve stoornis in remissie, die drie of meer voorafgaande depressieve episodes hebben gehad) en in de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen. De kwaliteit van de onderdelen van de richtlijnen waarin MBCT genoemd wordt, is echter beperkt.

2. Effectiviteit mindfulness

Effectiviteit mindfulness (MBSR/MBCT) bij depressieve stoornissen

- Het is aannemelijk dat MBCT een effectieve interventie voor terugvalpreventie is bij volwassenen met een recidiverende depressieve stoornis in remissie, die drie of meer voorafgaande depressieve episodes hebben gehad.
- Er zijn aanwijzingen dat MBCT even effectief is in het verbeteren van symptomen bij patiënten met óf zonder huidige depressie en drie of meer voorgaande depressieve episodes.

- Er zijn aanwijzingen dat MBCT effectief is in het verminderen van depressieve restsymptomen, ongeacht het aantal eerdere depressieve episodes.
- Er zijn aanwijzingen dat MBCT en MBSR effectief zijn in het verminderen van depressieve symptomen in volwassenen met diverse psychische stoornissen.

Effectiviteit mindfulness (MBSR/MBCT) bij angststoornissen

- Er zijn aanwijzingen dat MBCT en MBSR effectieve interventies zijn voor de reductie van angstsymptomen bij volwassenen met diverse angststoornissen.

Effectiviteit mindfulness (MBSR) bij heterogene psychische stoornissen

- Er zijn aanwijzingen dat MBSR een goede aanvulling kan zijn op de behandeling van adolescenten met heterogene psychische stoornissen.

Conclusie

Momenteel is er voldoende wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van MBCT bij volwassen patiënten met recidiverende depressieve stoornis in remissie, met drie of meer voorafgaande depressieve episodes.

Inhoud

1	Inleiding	7
1.1	Achtergrond	7
1.1.1	Mindfulness	7
1.1.2	Vergoeding mindfulness	7
1.2	Doel onderzoek	7
1.3	Onderzoeksvragen	8
1.4	Leeswijzer	8
2	Methoden	9
2.1	Inventarisatie toepassing mindfulness bij psychische stoornissen	9
2.1.1	Deskresearch	9
2.1.2	Interviews	9
2.1.2.1	<i>Geïnterviewde experts</i>	9
2.1.2.2	<i>Werkwijze interviews</i>	10
2.1.2.3	<i>Analyse interviews</i>	10
2.2	Systematisch literatuuronderzoek effectiviteit mindfulness	10
2.2.1	Zoekstrategieën	10
2.2.2	Selectieprocedure	11
2.2.3	Classificatie mate van wetenschappelijk bewijs	12
2.2.4	Samenvatten van de resultaten	12
2.2.4.1	<i>Effectgroottes</i>	13
3	Resultaten	14
3.1	Inventarisatie toepassing mindfulness bij psychische stoornissen	14
3.1.1	Deskresearch	14
3.1.1.1	<i>Richtlijnen waarin mindfulness vermeld wordt</i>	14
3.1.1.2	<i>Informatie beroepsverenigingen en kenniscentra</i>	14
3.1.1.3	<i>Lopend onderzoek MBCT</i>	14
3.1.2	Interviews	15
3.1.2.1	<i>Psychische stoornissen waarbij mindfulness training wordt gegeven</i>	15
3.1.2.2	<i>Stadium waarin mindfulness training wordt gegeven</i>	15
3.1.2.3	<i>MBSR of MBCT</i>	16
3.1.2.4	<i>Psychische stoornissen waarbij geen mindfulness training wordt gegeven</i>	16
3.2	Systematisch literatuuronderzoek effectiviteit mindfulness	16
3.2.1	Mindfulness bij depressieve stoornissen	16
3.2.1.1	<i>MBSR bij depressieve stoornissen</i>	17
3.2.1.2	<i>MBCT bij depressieve stoornissen</i>	17
3.2.2	Mindfulness bij angststoornissen	18
3.2.2.1	<i>MBSR bij angststoornissen</i>	18
3.2.2.2	<i>MBCT bij angststoornissen</i>	19
3.2.3	Mindfulness bij heterogene psychische stoornissen	20
4	Conclusie	21
	Referenties	23
BIJLAGE I	Lijst geïnterviewde experts	24
BIJLAGE II	Opzet semigestructureerde interviews	25

BIJLAGE III	Zoekstrategie voor, PubMed, Cochrane Library en PsycInfo	26
BIJLAGE IV	Exclusietabellen	27
BIJLAGE V	Classificatie mate van wetenschappelijk bewijs	38
BIJLAGE VI	Evidencetabellen systematisch literatuuronderzoek	39
Gebruikte afkortingen		54

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

1.1.1 Mindfulness

Mindfulness ('opmerkzaamheid') staat voor een vorm van bewustzijn waarbij mensen observeren wat zich in hun lichaam en geest voordoet, zonder hierover te oordelen of er meteen met handelingen op te reageren. Daardoor zijn ze beter in staat om met aandacht in het 'hier en nu' te leven¹⁰.

De oorsprong van mindfulness ligt in het boeddhisme. Eind jaren '70 van de vorige eeuw werd mindfulness in Westerse landen geïntroduceerd door Jon Kabat-Zinn aan de universiteit van Massachusetts (Verenigde Staten). Hij ontwikkelde het 'Mindfulness Based Stress Reduction' (MBSR) programma, een acht-weekse groepscursus waarin mensen door middel van meditatieoefeningen leren om op een andere manier te reageren op stress of pijn¹¹. Naast de wekelijkse trainingsbijeenkomsten van twee-tweeëneenhalf uur en een stiltedag wordt de participanten gevraagd dagelijks thuis 45-60 minuten te oefenen met mindfulness¹².

Een variant op MBSR is 'Mindfulness Based Cognitive Therapy' (MBCT), of Aandachtgerichte Cognitieve Therapie. Deze therapie, ontwikkeld door Zindel Segal, Mark Williams en John Teasdale, combineert mindfulness met elementen uit de cognitieve therapie en is specifiek gericht op preventie van terugval bij patiënten met terugkerende depressies. De therapie bestaat uit acht wekelijkse groepsbijeenkomsten van tweeëneenhalf uur en een stiltedag. Tijdens de bijeenkomsten worden zowel meditatieoefeningen gedaan als gesprekken gevoerd over de relatie tussen gedachtepatronen, gedrag en (depressieve) gevoelens¹¹. Naast de bijeenkomsten krijgen participanten dagelijks huiswerk¹³.

1.1.2 Vergoeding mindfulness

Mindfulness wordt in Nederland steeds meer aangeboden en is erg populair. Over de vergoeding van mindfulness bestaat echter nog veel onduidelijkheid¹⁰.

Als opstap naar een rapport over noodzakelijk te verzekeren geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) heeft het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) in april 2012 een eerste rapport uitgebracht. Dit rapport "Geneeskundige GGZ (deel 1)"¹⁰ bevat een overzicht van wat wel en wat niet valt onder de geneeskundige GGZ. In het rapport signaleert het CVZ dat niet altijd duidelijk is of een bepaalde interventie al dan niet tot het pakket van de basisverzekering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) behoort. Een dergelijke onduidelijkheid is aan de orde bij mindfulness.

Er is nog niet vastgesteld of mindfulness aan de vereisten voor vergoeding uit het basispakket voldoet. Het gaat hierbij om het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk': voor zorgvormen moet gelden dat zij hun nut wetenschappelijk hebben bewezen dan wel dat op andere gronden buiten twijfel staat dat zij nuttig zijn en geen ongewenste schade toebrengen¹⁴. Daarnaast behoort de zorg door de zorgverlener volgens de standaard van de beroepsgroep te worden aangeboden en toegepast te worden, op een wijze die de beroepsgroep als professioneel juist beschouwt (criterium 'plegen te bieden')¹⁵. Een beoordeling door het CVZ zou hierover uitsluitel kunnen geven en de bestaande onduidelijkheid over de vergoeding kunnen wegnemen¹⁰.

1.2 Doel onderzoek

Het CVZ wil op basis van een onderzoek beoordelen of mindfulness aan de vereisten voor vergoeding uit het basispakket voldoet. Naast het in kaart brengen van de patiëntencategorie(ën) of psychische stoornissen waarbij mindfulness trainingen gegeven worden, wil het CVZ ook inzicht krijgen in de effectiviteit van mindfulness bij de verschillende psychische stoornissen.

1.3 Onderzoeksvragen

Op basis van de doelstelling zijn er twee onderzoeksvragen opgesteld. Deze vragen staan centraal in het onderzoek:

1. Bij welke patiëntencategorie(ën) of psychische stoornis(sen) worden mindfulness trainingen gegeven?
2. Wat is de effectiviteit van mindfulness training bij de verschillende psychische stoornissen?

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 worden de methoden van dit onderzoek besproken. In hoofdstuk 3 worden de resultaten gepresenteerd; in hoofdstuk 4 volgt de conclusie van dit onderzoek.

In het rapport worden de termen 'mindfulness', 'mindfulness training' en 'mindfulness therapie' door elkaar gebruikt.

2 Methoden

Het onderzoek naar mindfulness bestond uit twee onderdelen:

1. Een inventariserend deel, waarin de patiëntencategorie(ën) of psychische stoornis(sen) waarbij mindfulness wordt gegeven in kaart gebracht zijn.
2. Een systematisch literatuuronderzoek naar de effectiviteit van mindfulness bij de verschillende psychische stoornissen.

2.1 Inventarisatie toepassing mindfulness bij psychische stoornissen

Via het raadplegen van documenten en korte interviews is in kaart gebracht bij welke psychische stoornissen op dit moment mindfulness therapie ingezet wordt, welke argumenten daarvoor aangevoerd worden, en op welk moment in de behandeling mindfulness therapie wordt toegepast. In deze paragraaf wordt deze inventarisatie verder toegelicht.

2.1.1 Deskresearch

Op internet is gezocht naar informatie over mindfulness en de patiëntencategorie(ën) of psychische stoornis(sen) waarbij mindfulness wordt gegeven via de websites van:

- Trimbos Instituut: richtlijnen in de GGZ zijn doorzocht op de vermelding van mindfulness. Hierbij is gekeken in de richtlijnen voor depressie, angststoornissen, somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) & somatoforme stoornissen, werk & ernstig psychische aandoeningen, eetstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen.
- Beroepsverenigingen (Nederlands Instituut voor Psychologen, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie): hierbij is geïnventariseerd of er documenten zijn betreffende discussie of standpunten over het gebruik van mindfulness.
- Kenniscentrum Psychologie: hierbij is geïnventariseerd of er documenten zijn betreffende discussie of standpunten over het gebruik van mindfulness.

Ook is via Google gezocht met de term 'mindfulness' gecombineerd met afzonderlijke psychische stoornissen als zoektermen ('depressie', 'stemmingsstoornissen', 'angststoornissen', 'gegeneraliseerde angststoornis', 'paniekstoornissen', 'obsessief compulsieve stoornis', 'persoonlijkheidsstoornissen', 'eetstoornissen' en 'somatoforme stoornissen').

2.1.2 Interviews

Uit de resultaten van de deskresearch is een beeld ontstaan over de psychische stoornissen waarbij momenteel mindfulness wordt gegeven. Om te toetsen of dit overeenkomt met de praktijk en om additionele informatie te verzamelen zijn vervolgens zes korte interviews gehouden bij verschillende experts op het gebied van mindfulness; één expert heeft de vragen schriftelijk beantwoord.

2.1.2.1 Geïnterviewde experts

Interviews zijn gehouden met experts die werkzaam zijn bij de volgende instanties (voor een volledig overzicht van de geïnterviewde personen zie bijlage I):

- GGZ Centraal
- Instituut voor Mindfulness
- Praktijk voor eerstelijns-psychologie en psychotherapie
- PsyQ
- Radboud Universitair Medisch Centrum voor Mindfulness
- Rijks Universiteit Groningen
- St. Antonius Ziekenhuis (in dit geval is er schriftelijk antwoord gegeven op de vragen)

2.1.2.2 *Werkwijze interviews*

Met de experts zijn semigestructureerde interviews gehouden. Dit wil zeggen dat er vooraf open beginvragen zijn geformuleerd. Vervolgens zijn er per beginvraag aanwijzingen gegeven over de onderwerpen waarover de interviewer moet doorvragen (zie bijlage II voor het volledige interviewschema).

Tijdens de interviews stonden de volgende vragen centraal:

- Bij welke patiëntencategorie(ën) of psychische stoornis(sen) wordt mindfulness training gegeven?
- In welk stadium van de aandoening wordt mindfulness training gegeven?
- Voor welke patiëntencategorie(ën) of psychische stoornis(sen) is mindfulness training niet geschikt? En hiermee samenhangend: wat zijn de argumenten om wel of geen mindfulness training te geven?
- Op welke manier wordt mindfulness toegepast in de behandeling, bijvoorbeeld in de vorm van MBCT of op een andere wijze?

Ter ondersteuning van de verslaglegging zijn audio-opnamen gemaakt. De interviewverslagen zijn volledig uitgetypt.

2.1.2.3 *Analyse interviews*

De interviews zijn handmatig geanalyseerd. Hierbij zijn de antwoorden van de verschillende gesprekspartners per vraag gegroepeerd en zijn clusters van antwoorden geïdentificeerd en argumenten in kaart gebracht.

2.2 Systematisch literatuuronderzoek effectiviteit mindfulness

Op basis van de inventarisatie in de eerste fase van het onderzoek is informatie verkregen over de patiëntencategorie(ën) of psychische stoornis(sen) waarbij mindfulness wordt gegeven. Vervolgens is een systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van mindfulness bij de verschillende patiëntencategorie(ën)/psychische stoornis(sen). In deze paragraaf zal de werkwijze van het systematische literatuuronderzoek worden beschreven.

2.2.1 *Zoekstrategieën*

Het systematische literatuuronderzoek is uitgevoerd in drie literatuur databases: PubMed, Cochrane Library en PsycInfo. Als basis voor het opstellen van de zoekstrategieën is gebruikgemaakt van de PICO-methode. PICO staat voor Patiënt Interventie Controle Outcome. Voor elk van deze onderdelen kan een zoekstrategie worden opgesteld. Er is voor gekozen om alleen een zoekstrategie op te stellen voor "Interventie". Voor "Patiënt", "Controle" en "Outcome" zijn geen aparte zoekstrategieën opgesteld, omdat dat de zoekresultaten verder zou inperken (op deze manier werd geprobeerd te voorkomen dat er relevante artikelen zouden worden gemist). Daarnaast waren de uitgangsvraag en de patiëntengroepen dermate breed dat het opstellen van aparte zoekstrategieën voor deze onderdelen niet zinvol was. Er is gezocht naar artikelen van alle jaren, in het Engels en Nederlands, en alle publicatietypes (zoals vergelijkend en niet-vergelijkend onderzoek). De zoekstrategie en het aantal hits dat de strategie opleverde zijn weergegeven in bijlage III.

2.2.2 Selectieprocedure

Relevante artikelen zijn geselecteerd op basis van een selectieprocedure die uit twee opeenvolgende stappen bestond.

1. Selectie op basis van titel en abstract

In de eerste selectiestap zijn alle gevonden artikelen door een onderzoeker beoordeeld op relevantie van het onderwerp op basis van titel en abstract. Deze stap resulteerde in een selectie van artikelen die doorgingen naar de volgende stap, waarbij de artikelen volledig werden gelezen (full-tekst beoordeling). In de eerste selectiestap zijn specifieke exclusiecriteria gehanteerd:

- Mindfulness therapie aangeboden in een andere vorm dan MBCT of MBSR, of therapieën waarvan mindfulness een onderdeel is, zoals Dialectical Behavior Therapy (DBT) of Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Artikelen over mindfulness therapie aangeboden in een andere vorm dan MBCT of MBSR werden niet meegenomen omdat deze aanzienlijk kunnen verschillen in filosofische grondslag, doel en onderdelen van de therapie¹⁶, waardoor het niet mogelijk is om te bepalen wat het effect is van mindfulness op de uitkomstmaten.
- Mindfulness therapie aangeboden via het internet/thuisinterventies
- Mindfulness therapie in gezonde populaties
- Mindfulness therapie in populaties met fysieke aandoeningen of chronische pijn
- Mindfulness therapie in populaties met mentale problemen die worden veroorzaakt door andere lichamelijke aandoeningen (bijvoorbeeld kankerpatiënten) of door trauma
- Artikelen die gaan over mindfulness, waarbij het niet gaat om mindfulness therapie
- Het mechanisme waardoor mindfulness therapie effect kan hebben
- Kwalitatief onderzoek

Als op basis van de titel en abstract de relevantie van het onderwerp niet kon worden bepaald of in geval van twijfel werd een artikel full-tekst beoordeeld in de tweede selectiestap. Hierbij werden dezelfde exclusiecriteria gehanteerd als bij de eerste selectiestap.

De selectie op basis van titel en abstract werd uitgevoerd door twee onafhankelijke reviewers van Pallas, waarbij de eerste 30% door beide reviewers werd gescreend. De resultaten van deze dubbele selectie werden vergeleken en bediscussieerd voordat de overige referenties werden beoordeeld. In geval van twijfel werd een artikel full-tekst gecheckt.

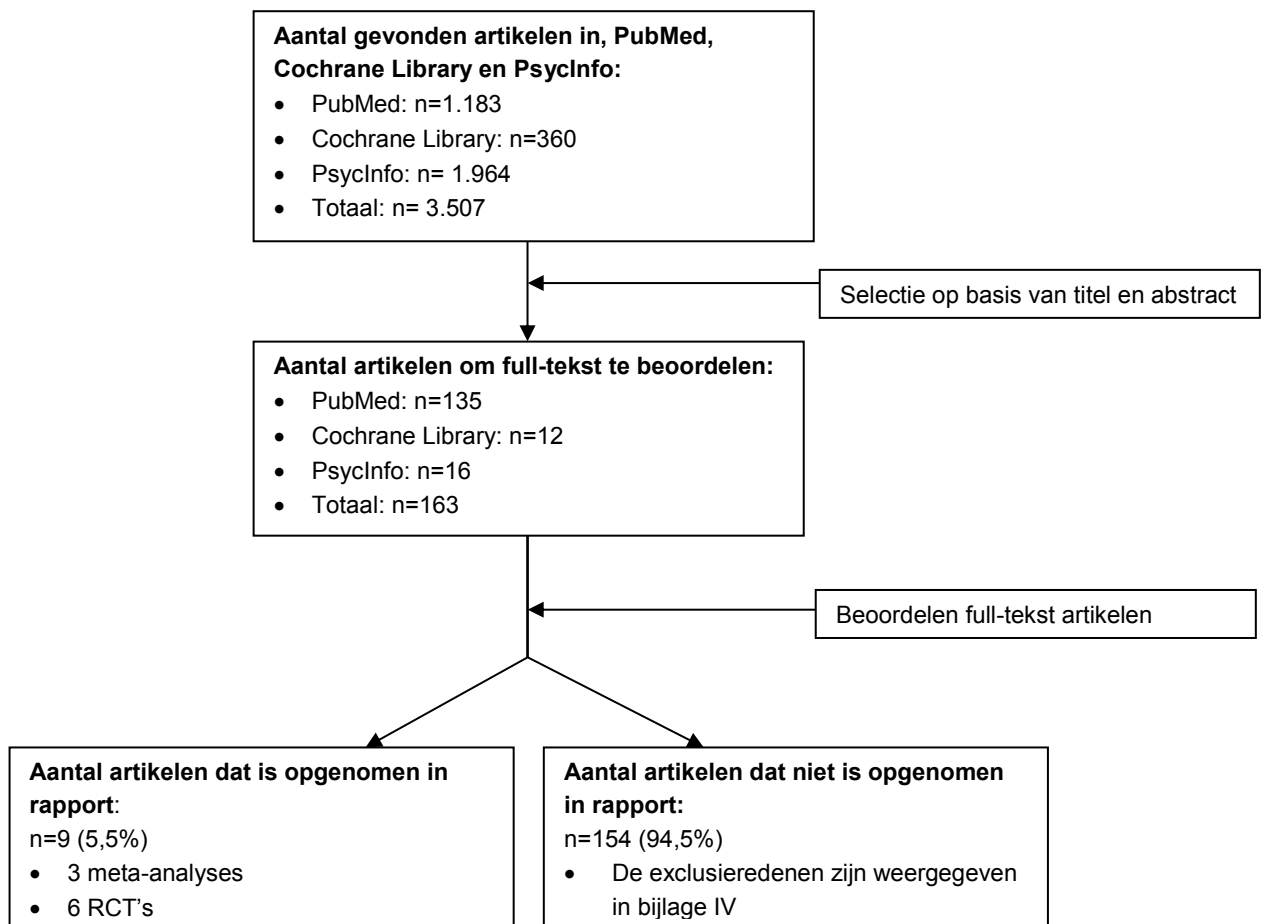
2. Beoordeling van het volledige artikel

In de tweede stap zijn de artikelen die in de eerste stap werden geselecteerd volledig beoordeeld. Dit houdt in dat de inhoud van het artikel gecheckt werd op relevantie voor inclusie in de review en er een kwaliteitsbeoordeling plaatsvond met behulp van een gestandaardiseerde checklist. Deze zijn beschikbaar voor verschillende studiedesigns. Er is hierbij gebruikgemaakt van de checklists van het Dutch Cochrane Centre voor Randomized Controlled Trials (RCT's) en systematische reviews.

Voor dit onderzoek zijn in totaal 163 artikelen full-tekst beoordeeld. De artikelen werden op basis van de full-tekst beoordeling opgenomen in de rapportage of geëxcludeerd. De belangrijkste redenen voor het niet meenemen van de artikelen in de rapportage waren: niet-systematisch uitgevoerde review, exclusie van individuele studies omdat deze al waren meegenomen in geïncludeerde meta-analyses en pilot of haalbaarheidsstudies. Een compleet overzicht van de redenen voor exclusie van de artikelen die niet zijn opgenomen in dit rapport is weergegeven in bijlage IV.

De kwaliteit van full-tekst artikelen werd beoordeeld door twee onafhankelijke reviewers van Pallas, een random steekproef van 10% werd dubbel bekeken door beide reviewers. De resultaten werden vroeg in het screeningsproces vergeleken en bediscussieerd. Wanneer er geen overeenkomst werd bereikt tussen de reviewers, werd een artikel vervolgens door een derde reviewer (senior onderzoeker) worden beoordeeld.

In figuur 1 (zie volgende bladzijde) wordt een schematisch overzicht gegeven van de selectieprocedure, inclusief het aantal artikelen uit PubMed, Cochrane Library en PsycInfo dat gevonden is.



Figuur 1. Selectieprocedure artikelen uit literatuurdatabases PubMed, Cochrane Library en PsycInfo

2.2.3 Classificatie mate van wetenschappelijk bewijs

Het classificeren van de mate van het wetenschappelijk bewijs is uitgevoerd volgens de methode van het Centraal BegeleidingsOrgaan (CBO). Hierbij kan op basis van een aantal criteria het niveau van bewijs worden vastgesteld, variërend van de laagste classificatie D tot de hoogste classificatie A1. Op basis van het niveau van bewijs van de individuele studies kan het niveau van de conclusie worden bepaald (zie bijlage III).

2.2.4 Samenvatten van de resultaten

De data-extractie is in evidencetabellen weergegeven. In de evidencetabellen zijn per artikel gegevens samengevat over:

- Referentie
- Studiedesign
- Land
- Jaar waarin het onderzoek is uitgevoerd
- Karakteristieken patiëntenpopulatie
- Interventie en vergelijkende behandeling
- Methode
- Onderzoekresultaten
- Conclusie van de auteurs
- Studiebeperkingen

Naast de uitgebreide evidencetabellen zijn overzichtelijke samenvattingstabellen gemaakt welke zijn toegevoegd in het resultatenhoofdstuk. De samenvattingstabellen geven per vorm van mindfulness therapie (MBSR of MBCT) en per psychische stoornis een duidelijk overzicht van de relevante uitkomsten en kwaliteit van het bewijs (zie 3.2). Bij de samenvatting van de uitkomsten is de significantie en richting van het effect op diverse uitkomstmaten weergegeven (positief of negatief), zonder verdere specificatie van de grootte van het effect. In de evidencetabellen en beschrijvende tekst van de resultaten van de systematische review wordt dieper in gegaan op de kwantitatieve uitkomsten.

2.2.4.1 Effectgroottes

De effectiviteit van mindfulness wordt meestal weergegeven in effectgroottes. In de geïncludeerde studies worden de volgende effectgroottes als uitkomstmaat gerapporteerd: Cohen's d, Hedges' g en partial eta squared.

Hedges' g is vergelijkbaar met Cohen's d, maar corrigeert voor bias bij kleine steekproeven. De uitkomsten van deze effectgroottes kunnen op dezelfde wijze geïnterpreteerd worden. Hoe groter de d of g, hoe sterker het effect van een therapie ten opzichte van een controlegroep is. Bijvoorbeeld een gemiddelde effectgrootte van $d=0,50$ betekent dat de effecten van de therapie 0,50 standaarddeviaties groter zijn dan de (non-specifieke) effecten van controlegroep^{17 18}.

Partial eta squared wordt minder vaak als effectgrootte gerapporteerd in studies. Het is een effectgrootte die verkregen wordt met behulp van de variantieanalyse ANOVA en wordt berekend wanneer men de effectgrootte van een identieke interventie wil vergelijken tussen studies met verschillende onderzoeksopzetten of wanneer er additionele controlegroepen worden toegevoegd aan een studie¹⁹.

Bij de interpretatie van de effectgroottes kan gebruik gemaakt worden van de onderstaande definities, maar hierbij moet altijd de klinische relevante in ogenschouw worden genomen. Wanneer bijvoorbeeld het effect van een nieuwe therapie voor een bepaalde aandoening klein is, zal dit klinisch nauwelijks relevant zijn wanneer er al vergelijkbare therapieën beschikbaar zijn die een groot effect hebben, terwijl de klinische relevantie veel groter zal zijn wanneer er geen bestaande therapie beschikbaar is¹⁸. Cohen's d/Hedges' g¹⁷:

- -0,21 of lager staat voor een negatief effect
- -0,20 t/m 0,19 staat voor een verwaarloosbaar effect
- 0,20 t/m 0,49 staat voor een klein effect
- 0,50 t/m 0,79 staat voor een middelmatig effect
- 0,80 of meer staat voor een groot effect

3 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek gepresenteerd. Eerst zullen de uitkomsten van de deskresearch en de interviews (inventariserend deel) worden besproken (paragraaf 3.1). Vervolgens komen de resultaten van het systematische literatuuronderzoek aan bod (paragraaf 3.2).

3.1 Inventarisatie toepassing mindfulness bij psychische stoornissen

3.1.1 Deskresearch

3.1.1.1 Richtlijnen waarin mindfulness vermeld wordt

Via het raadplegen van de website van het Trimbos Instituut zijn twee richtlijnen gevonden waarin mindfulness vermeld wordt. Het gaat om de multidisciplinaire richtlijn depressie (tweede revisie)²⁰ en de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen (tweede revisie)²¹. De richtlijnen zijn voor zover mogelijk gebaseerd op gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek in de periode van 2001 tot juni 2007. In beide richtlijnen wordt mindfulness genoemd in het kader van terugvalpreventie.

De multidisciplinaire richtlijn depressie is gebaseerd op een systematisch literatuuronderzoek. Helaas zijn in het onderdeel dat specifiek over mindfulness gaat in de niveau 1 conclusie de referenties niet vermeld. Ook zijn deze niet terug te vinden in de wetenschappelijke onderbouwing. De conclusie over MBCT in deze richtlijn is als volgt geformuleerd: "Het is aangetoond dat bij recidiverende depressie, met name bij patiënten met minimaal 3 voorgaande episoden, vervolg cognitieve therapie overwogen zou moeten worden (Preventieve Cognitieve Therapie of MBCT)²⁰.

Het 'Addendum Ouderen bij de multidisciplinaire richtlijn depressie' is gebaseerd op niet-systematisch literatuuronderzoek. In dit addendum wordt aangegeven dat er geen psychotherapievormen zijn opgenomen waarvan geen gecontroleerd effectonderzoek bij ouderen met een depressie is beschreven. Dit wil niet zeggen dat deze psychotherapievormen niet bij ouderen toegepast zouden moeten worden of niet geschikt zijn voor ouderen. Dit geldt bijvoorbeeld voor cliëntgerichte psychotherapie, narratieve psychotherapie, partnerrelatietherapie, gezins- of systeemtherapie en aandachtgerichte cognitieve therapie (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*)²².

De kwaliteit van de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen is beperkt. Het literatuuronderzoek is zeer beperkt beschreven, waardoor er geen inzicht is in de in- en exclusiecriteria en het aantal geïncludeerde en geëxcludeerde artikelen (inclusief exclusieredenen). Daarnaast ontbreken de referenties voor de uitgangspunten voor goede zorg, waar de tekst over mindfulness wordt vermeld. In deze richtlijn wordt als een van de uitgangspunten van goede zorg aangegeven: "Bij voldoende respons op de behandeling en bij het bereiken van stabiele remissie vindt altijd terugvalpreventie plaats. Na een ernstige episode kan worden gedacht aan preventieve cognitieve therapie of mindfulness based cognitieve therapy (MBCT; aandachtgerichte cognitieve therapie)"²¹.

3.1.1.2 Informatie beroepsverenigingen en kenniscentra

Op de websites van beroepsverenigingen en het Kenniscentrum Psychologie zijn geen documenten gevonden met betrekking tot discussie of standpunten over het gebruik van mindfulness.

3.1.1.3 Lopend onderzoek MBCT

Via Google is informatie verkregen over een lopend onderzoek naar het effect van MBCT, het Mindfulness of Medicatie EN Terugvalpreventie (MOMENT) onderzoek. De afdeling Psychiatrie van het Universitair Medisch Centrum (UMC) St. Radboud heeft hiervoor een subsidie gekregen van de Nederlandse Organisatie voor Gezondheidsonderzoek en Zorginnovatie (ZonMW). Het gaat om een landelijk onderzoek naar het effect van MBCT, antidepressieve medicatie en de combinatie van beide, bij mensen die al meerdere keren een depressie hebben gehad. Het onderzoek is in 2009 van start gegaan en loopt tot 2013. De resultaten van het onderzoek zijn op dit moment nog beperkt²³.

3.1.2 Interviews

In totaal zijn zes interviews afgenomen; één expert heeft schriftelijk gereageerd (zie bijlage I voor een overzicht van de geïnterviewde experts). Hieronder zijn de belangrijkste resultaten weergegeven.

3.1.2.1 Psychische stoornissen waarbij mindfulness training wordt gegeven

Uit de interviews kwam naar voren dat mindfulness training bij diverse psychische stoornissen wordt ingezet; er is sprake van een brede doelgroep. Hierbij gaat het om mensen met terugkerende depressies, angststoornissen, somatoforme stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, eetstoornissen, Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), verslaving en autismespectrumstoornissen. Ook wordt er geëxperimenteerd met mindfulness therapie bij mensen met psychotische stoornissen. Het is echter nog niet (voldoende) wetenschappelijk aangetoond dat mindfulness therapie bij al deze psychische stoornissen effectief is. Het meeste onderzoek is gedaan naar MBCT bij mensen met terugkerende depressies en angstklachten. Voor deze stoornissen wordt MBCT als mogelijkheid voor terugvalpreventie genoemd in de multidisciplinaire richtlijnen (zie ook paragraaf 3.1.1.1).

Mindfulness therapie kan op verschillende manieren worden toegepast bij diverse psychische stoornissen. Bij mensen met (terugkerende) depressieve stoornissen is vaak sprake van rumineren (piekeren), waarbij mensen voortdurend gericht zijn op het verleden en de toekomst, in plaats van op het 'hier en nu'. Dit ontaardt in negatieve gedachten en uiteindelijk in depressieve klachten. Door de mindfulness training leren mensen om, onder andere, deze negatieve gedachtepatronen te herkennen en wat ze kunnen doen om de patronen te doorbreken; hiermee kan de kans op het ontstaan van een (nieuwe) depressieve episode worden verkleind.

Bij angststoornissen komt piekeren ook vaak voor; mindfulness therapie kan hierbij op dezelfde wijze worden ingezet als bij mensen met een depressie. Daarnaast wordt bij deze groep extra stilgestaan bij de lichamelijke gewaarwordingen die gepaard gaan met angst (hartkloppingen, brok in je keel, transpireren); mensen kunnen leren deze te observeren zonder dit te veroordelen of er direct op te reageren.

Piekeren en depressieve gevoelens kunnen voorkomen bij autismespectrumstoornissen, ook hier kan mindfulness therapie op dezelfde wijze worden ingezet als bij mensen met depressieve stoornissen. Bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen spelen angst en depressie vaak een grote rol en mindfulness therapie zou om die reden kunnen worden toegepast. Voor mensen met cluster B persoonlijkheidsstoornissen¹ geldt specifiek dat zij moeite hebben met het beheersen van impulsen en emoties; mindfulness therapie zou kunnen bijdragen doordat mensen leren hun gevoelens te observeren, in plaats van direct mee te gaan met de impuls. Dit aspect geldt ook voor ADHD en verslaving, maar ook voor eetstoornissen zoals Boulimia Nervosa: mensen kunnen leren de neiging om te eten wel te ervaren, maar daar niet impulsief op te reageren. Bij Anorexia Nervosa kunnen mensen leren om de negatieve emoties of sensaties die bij eten optreden te ervaren, zonder dat dat ze ervan weerhoudt om te eten.

Mensen met somatoforme stoornissen² hebben veelal moeite om zich verbaal uit te drukken. Doordat er in mindfulness trainingen veel aandacht is voor het lichaam en lichamelijke gewaarwordingen kan de therapie worden ingezet bij deze groep.

Bij mensen met psychotische stoornissen zou mindfulness therapie kunnen worden gebruikt om te leren omgaan met hallucinaties.

3.1.2.2 Stadium waarin mindfulness training wordt gegeven

Over het algemeen geldt dat mindfulness niet erg geschikt is in de acute fase van een stoornis (als de klachten het hevigst zijn). De therapie kan beter plaatsvinden in de stabiele fase van een stoornis.

In de interviews werd aangegeven dat uit wetenschappelijk onderzoek naar voren komt dat MBCT werkt bij terugkerende depressies, als mensen drie of meer depressieve episodes hebben gehad. Daarnaast geldt dat de mensen al wel opgeknapt moeten zijn. Als iemand nog ernstig depressief is, is het vaak lastig om de motivatie op te brengen om naar de bijeenkomsten te komen en daarnaast thuis oefeningen

¹ Onder dit cluster vallen de borderline persoonlijkheidsstoornis, antisociale persoonlijkheidsstoornis, narcistische persoonlijkheidsstoornis en theatrale persoonlijkheidsstoornis.

² Stoornissen waarbij mensen lichamelijke klachten hebben zonder dat hiervoor een medische oorzaak te vinden is.

te doen. Daarbij kunnen mensen met een depressie last hebben van concentratie- en geheugenstoornissen, wat het uitvoeren van meditatieoefeningen bemoeilijkt. Er wordt nu ook onderzoek gedaan naar MBCT bij mensen met minder dan drie voorafgaande depressieve episodes, en bij mensen met huidige depressieve klachten, waardoor het indicatiegebied wellicht breder wordt. Ook bij angststoornissen, waarbij mindfulness in eerste instantie als terugvalpreventie werd gebruikt, wordt verwacht dat er steeds meer zal worden gekeken of mindfulness therapie ook in een eerder stadium kan worden ingezet.

3.1.2.3 MBSR of MBCT

Mindfulness trainingen worden vaak toegepast in de vorm van MBSR of MBCT; dit zijn feitelijk de 'basisformats'. MBSR is ontwikkeld voor mensen met lichamelijke klachten (chronische pijn/stress) en heeft daarmee een breed toepassingsgebied. MBCT is specifiek ontwikkeld voor mensen met terugkerende depressies, en wordt dan ook vaak gebruikt bij deze groep.

Voor psychische stoornissen zoals angststoornissen en somatoforme stoornissen geldt dat de vorm waarin de mindfulness training (MBSR of MBCT) wordt aangeboden, zal verschillen per instelling/behandelaar. Voor bepaalde psychische aandoeningen geldt dat het programma (MBSR of MBCT) zal moeten worden aangepast aan de specifieke doelgroep (bijvoorbeeld bij ADHD wordt de duur van de oefeningen ingekort omdat mensen moeite hebben om zich te concentreren).

Mindfulness kan ook ingeweven zijn in een behandelprogramma; mindfulness maakt dan structureel deel uit van de behandeling (bijvoorbeeld Dialectical Behavior Therapy bij de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen).

3.1.2.4 Psychische stoornissen waarbij geen mindfulness training wordt gegeven

Het onderzoek naar de inzet van mindfulness therapie bij verschillende doelgroepen/psychische stoornissen is in ontwikkeling. Om die reden is het moeilijk om definitief uitsluitsel te geven over de groepen waarbij mindfulness wel of niet kan worden toegepast. De experts waren het er wel over eens dat mindfulness therapie niet geschikt is voor mensen met een psychose of een manie. Het gaat hierbij met name om de fase waarin de stoornis zich bevindt (zie ook paragraaf 3.1.2.3). Patiënten met een acute psychose of een acute manie zullen niet in staat zijn om mindfulness toe te passen en een programma te volgen (het uitvoeren van meditatieoefeningen wordt bemoeilijkt doordat personen met een acute psychose bijvoorbeeld wanen of hallucinaties hebben; manische personen kunnen vaak niet stilzitten). Na de acute fase, als patiënten stabiel zijn, zou mindfulness therapie wellicht wel een mogelijkheid kunnen zijn.

3.2 Systematisch literatuuronderzoek effectiviteit mindfulness

In deze paragraaf worden de resultaten van het systematische literatuuronderzoek besproken. In totaal leverde het systematische literatuuronderzoek negen studies over mindfulness op, waaronder drie meta-analyses^{1,2,9} en zes RCT's³⁻⁸. De kwaliteit van deze studies is redelijk tot matig. In subparagrafen wordt achtereenvolgens het effect van mindfulness bij depressieve stoornissen, angststoornissen en bij heterogene psychische stoornissen besproken.

3.2.1 Mindfulness bij depressieve stoornissen

In totaal zijn er vier studies (twee meta-analyses en twee RCT's) opgenomen in het literatuuronderzoek over het effect van mindfulness bij mensen met depressieve stoornissen^{2,5,8,9} (voor uitgebreide informatie zie de evidencetabellen in bijlage VI). Eén meta-analyse⁹ bevatte zowel studies over MBSR als MBCT; de drie andere studies gingen over MBCT^{2,5,8}. De resultaten zullen apart worden beschreven voor MBSR en MBCT.

3.2.1.1 MBSR bij depressieve stoornissen

Tabel 1. Samenvatting MBSR bij depressieve stoornissen

Referentie	Studiedesign	Uitkomsten	Kwaliteit
<i>Psychische stoornissen met depressieve symptomen</i>			
Klainin-Yobas et al., 2012 ⁹	Meta-analyse; 8 geïncludeerde studies over MBSR	- MBSR lijkt effectief in het verminderen van depressieve symptomen in personen met psychische stoornissen - De effectiviteit van MBSR lijkt vergelijkbaar met de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie	B/C

Acht studies die waren opgenomen in de meta-analyse van Klainin-Yobas et al. onderzochten het effect van MBSR op depressieve symptomen bij personen met diverse psychische stoornissen (angst- of stemmingsstoornissen, diverse psychische problemen, seksueel misbruik in de jeugd). De gemiddelde effectgrootte voor de reductie van depressieve symptomen was groot (1,92; 95% BI 1,01-2,83; p=0,001). Eén RCT die was opgenomen in de meta-analyse vergeleek het effect van MBSR met cognitieve gedragstherapie; hieruit kwam naar voren dat MBSR en cognitieve gedragstherapie vergelijkbaar effectief waren in het verminderen van depressieve symptomen. Op basis van deze gegevens concludeerden de auteurs dat MBSR effectief lijkt in het verminderen van depressieve symptomen in personen met psychische stoornissen; de effectiviteit van MBSR lijkt vergelijkbaar met de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie⁹. De kwaliteit van de studie was B/C (zie tabel 1). In het vervolg van dit rapport spreken we van een studie van matige kwaliteit als de CBO gradering B/C is.

3.2.1.2 MBCT bij depressieve stoornissen

Tabel 2. Samenvatting MBCT bij depressieve stoornissen

Referentie	Studiedesign	Uitkomsten	Kwaliteit
<i>Recidiverende depressie in remissie</i>			
Piet et al., 2011 ²	Meta-analyse; 6 geïncludeerde RCT's over MBCT	- Patiënten in de MBCT groep hadden significant minder kans op terugval bij recidiverende depressie in vergelijking met de controlegroep; het grootste verschil werd gevonden bij patiënten met ≥3 depressieve episoden	B
<i>Psychische stoornissen met depressieve symptomen</i>			
Klainin-Yobas et al., 2012 ⁹	Meta-analyse; 22 geïncludeerde studies over MBCT	- MBCT lijkt effectief in het verminderen van depressieve symptomen in personen met psychische stoornissen - De gevonden effectgrootte van MBCT was middelmatig	B/C
<i>Drie of meer voorgaande depressieve episoden met en zonder huidige depressie</i>			
Van Aalderen et al., 2012 ⁵	RCT	MBCT versus de controlegroep: - Aan het einde van de behandelperiode significant minder depressieve symptomen - Maakten zich significant minder zorgen, peinsden significant minder, hadden significant meer mindfulness vaardigheden en een significant betere score voor het psychische domein van kwaliteit van leven - MBCT resulteerde in een vergelijkbare afname van depressieve symptomen bij patiënten met en zonder een huidige depressieve episode	B
<i>Depressieve restsymptomen na minstens 1 depressieve episode</i>			
Geschwind et al., 2012 ⁸	RCT	- MBCT was significant beter in vergelijking met de controlegroep in het verminderen van depressieve restsymptomen - Er werd geen significant sterker effect van MBCT op depressieve restsymptomen gevonden bij personen met 3 eerdere depressieve episodes vergeleken met personen met 1 of 2 depressieve episodes	B

In de meta-analyse van Klainin-Yobas et al. waren ook 22 studies opgenomen die het effect van MBCT op depressieve symptomen onderzochten, bij mensen met diverse psychische stoornissen (angst- of stemmingsstoornissen, verschillende psychische stoornissen). In sommige studies (n=3) werd MBCT toegevoegd aan de standaardbehandeling, of aan (antidepressieve) medicatie (n=2). Er werd een middelmatige effectgrootte gevonden van MBCT voor de reductie van depressieve symptomen (0,58; 95% BI 0,49-0,68; p=0,001). De auteurs concludeerden dat MBCT effectief lijkt in het verminderen van depressieve symptomen in personen met psychische stoornissen⁹. De kwaliteit van de studie was echter matig (zie tabel 2).

De meta-analyse van Piet et al. onderzocht het effect van MBCT op preventie van terugval of recidief bij patiënten met een recidiverende depressieve stoornis in remissie. Er werden zes RCT's opgenomen in de meta-analyse, waarbij MBCT of MBCT toegevoegd aan de standaardbehandeling, werd vergeleken

met de standaardbehandeling, het voortzetten van antidepressieve medicatie of een placebo pil met begeleiding. In de MBCT groepen was in 38% van de gevallen sprake van terugval; vergeleken met 58% in de controlegroepen. Het overall relatief risico van 0,66 was zeer significant ($p=0,0001$). Het grootste verschil werd gevonden bij mensen met drie of meer voorafgaande depressieve episodes, met een percentage terugval in de MBCT groepen van 36%, vergeleken met 63% in de controlegroepen (overall relatief risico 0,57; $p=0,00001$). Bij participanten met twee depressieve episodes lijkt er echter een lagere kans op terugval te zijn in de standaardbehandeling groep, vergeleken met de MBCT groep (overall relatief risico 0,51); maar dit is onderzocht op basis van een subgroep analyse van 50 participanten met twee depressieve episodes en het resultaat is borderline significant ($p=0,07$). De auteurs concludeerden dat MBCT een effectieve interventie is voor terugvalpreventie bij patiënten met een recidiverende depressieve stoornis in remissie, die drie of meer voorafgaande depressieve episodes hebben gehad². De kwaliteit van de meta-analyse was B (zie tabel 2). In het vervolg van dit rapport spreken we van een studie van redelijke kwaliteit als de CBO gradering B is.

In de RCT van Van Aalderen et al. werd MBCT (toegevoegd aan de standaardbehandeling) vergeleken met een controlegroep die de standaardbehandeling kreeg (na een wachtlijstperiode van drie maanden namen de participanten ook deel aan MBCT) bij patiënten met drie of meer voorafgaande depressieve episodes, met en zonder huidige depressie. Aan het einde van de behandel/wachtlijst periode hadden patiënten in de MBCT groep significant minder depressieve symptomen in vergelijking met de controlegroep. De effectgrootte was middelmatig (HAMD: Cohen's $d=0,53$; BDI: Cohen's $d=0,50$). Patiënten in de MBCT groep maakten zich in vergelijking met de controlegroep significant minder zorgen (Cohen's $d=0,43$; klein effect), peinsden significant minder (Cohen's $d=0,50$; middelmatig effect), hadden significant meer mindfulness vaardigheden (Cohen's $d=0,20-0,74$; klein tot middelmatig effect), en een significant betere score voor het psychische domein van kwaliteit van leven (Cohen's $d=0,36$; klein effect). MBCT resulteerde in een vergelijkbare afname van depressieve symptomen bij patiënten met en zonder een huidige depressieve episode (Cohen's $d=0,53-0,58$; middelmatig effect). De auteurs concludeerden dat MBCT effectief lijkt in het verbeteren van symptomen bij patiënten met drie of meer voorgaande depressieve episodes; daarbij lijkt MBCT even effectief voor patiënten met of zonder huidige depressie⁵. De kwaliteit van de studie was redelijk (zie tabel 2).

In de RCT van Geschwind et al. werden patiënten met depressieve restsymptomen toegewezen aan een MBCT groep (plus standaardbehandeling) of aan een controlegroep (voortzetten standaardbehandeling of wachtlijst). MBCT was significant beter in vergelijking met de controlegroep in het verminderen van depressieve restsymptomen ($\beta=-0,56$; 95% BI $-0,87-0,25$; $p<0,001$). In de MBCT groep namen de depressieve restsymptomen na de interventie met ongeveer 30-35% af, in de controlegroep met ongeveer 10%. Er werd geen significant sterker effect van MBCT op depressieve restsymptomen gevonden bij personen met drie eerdere depressieve episodes (range Cohen's d 0,5-0,6; middelmatig effect), vergeleken met personen met een of twee depressieve episodes (range Cohen's d 0,5-0,9; middelmatig tot groot effect). De auteurs concludeerden dat MBCT effectief lijkt in het verminderen van depressieve restsymptomen, ongeacht het aantal eerdere depressieve episodes⁸. De studie was van redelijke kwaliteit (zie tabel 2).

3.2.2 Mindfulness bij angststoornissen

In totaal zijn er vier studies opgenomen in de review over het effect van mindfulness bij mensen met angststoornissen, waaronder één meta-analyse¹ en drie RCT's^{4 6 7} (voor uitgebreide informatie zie de evidencetabellen in bijlage VI). In de meta-analyse waren zowel studies opgenomen over MBSR als MBCT¹; twee RCT's gingen over MBSR^{6 7} en een RCT ging over MBCT⁴. De resultaten zullen apart worden beschreven voor MBSR en MBCT.

3.2.2.1 MBSR bij angststoornissen

Tabel 3. Samenvatting MBSR bij angststoornissen

Referentie	Studiedesign	Uitkomsten	Kwaliteit
<i>Heterogene angststoornissen (paniekstoornis, gegeneraliseerde angststoornis, sociale fobie, depressie en angst)*</i>			
Vøllestad et al., 2012 ¹	Meta-analyse; 4 geïncludeerde studies over MBSR	- Alle studies laten een positief effect van MBSR op de reductie van angstsymptomen zien; in 3 van de 4 studies was er sprake van een significant effect	B/C

<i>Heterogene angststoornissen (paniekstoornis met/zonder agorafobie, sociale fobie, gegeneraliseerde angststoornis)</i>			
Vøllestad et al., 2011 ⁶	RCT	- Na de behandeling verbeterde de MBSR groep significant t.o.v. de controlegroep voor alle zelfgerapporteerde angst en depressieve symptomen - De behandelresultaten van MBSR bleven behouden na 6 maanden follow-up	B/C
<i>Gegeneraliseerde sociale fobie</i>			
Jazaieri et al., 2012 ⁷	RCT	- MBSR leidde tot een significante reductie van angst, depressie en stress symptomen en een verbetering van diverse welzijnsmaten direct na en 3 maanden na de behandeling - Er waren geen significante verschillen tussen MBSR en de actieve sport controlegroep	B

* 1 studie: paniekstoornis en gegeneraliseerde angststoornis; 2 studies: sociale fobie; 1 studie: depressie en angst

In de meta-analyse van Vøllestad et al. waren vier studies opgenomen die het effect van MBSR op angstsymptomen onderzochten bij mensen met verschillende angststoornissen (sociale fobie, paniekstoornis, gegeneraliseerde angststoornis, depressie en angst). De studies lieten een positief effect van MBSR op de reductie van angstsymptomen zien. De effectgroottes liepen uiteen van 0,29 tot 1,22; in drie van de vier studies was er sprake van een significant effect¹. De kwaliteit van de meta-analyse was echter matig (zie tabel 3).

De RCT van Vøllestad et al. onderzocht het effect van MBSR bij mensen met heterogene angststoornissen (paniekstoornis met of zonder agorafobie; sociale fobie; gegeneraliseerde angststoornis) op verschillende zelfgerapporteerde angst en depressieve uitkomstmaten. De controlegroep werd op een wachtlijst geplaatst en startte na acht weken (na afloop van de interventie) met MBSR. Na de behandeling verschilde de MBSR groep significant van de controlegroep voor alle uitkomstmaten behalve voor slaapproblematiek. De effectgroottes waren klein tot middelmatig (Cohen's $d=0.32-0.76$). Uit de follow-up metingen (zes maanden na de interventie) in de MBSR groep kwam naar voren dat er geen significante verschillen waren in de uitkomstmaten tussen post-behandeling en follow-up: de behandelresultaten van MBSR bleven behouden. De auteurs concludeerden dat MBSR een effectieve behandeling lijkt voor angststoornissen en gerelateerde symptomen⁶. De studie was echter van matige kwaliteit (zie tabel 3).

In de RCT van Jazaieri et al. werd het effect van MBSR vergeleken met een actieve controlegroep (participanten moesten gedurende 8 weken minimaal 2 keer per week naar de sportschool) bij personen met een gegeneraliseerde sociale fobie. MBSR leidde tot de reductie van zelfgerapporteerde angst, depressie en stress symptomen direct na de interventie (range η_p^2 0,37-0,75) en drie maanden na de interventie (range η_p^2 0,33-0,68); en tot een toename van diverse welzijnsmaten direct na de interventie (range η_p^2 0,20-0,50) en drie maanden na de interventie (range η_p^2 0,37-0,49). Ook beweging leidde tot de reductie van zelfgerapporteerde angst, depressie en stress symptomen direct en drie maanden na de interventie; en tot een toename van diverse welzijnsmaten direct en drie maanden na de interventie. Er werden geen significante verschillen gevonden tussen beide interventies. De auteurs concludeerden dat zowel MBSR als beweging een rol kunnen spelen bij het verlagen van klinische symptomen in volwassenen met een sociale fobie⁷. De kwaliteit van de studie was redelijk (zie tabel 3).

3.2.2.2 MBCT bij angststoornissen

Tabel 4. Samenvatting MBCT bij angststoornissen

Referentie	Studiedesign	Uitkomsten	Kwaliteit
<i>Diverse angststoornissen (sociale fobie, gegeneraliseerde angststoornis, paniekstoornis, depressie en angst)*</i>			
Vøllestad et al., 2012 ¹	Meta-analyse; 8 geïncludeerde studies over MBCT	- Alle studies laten een positief effect van MBCT op de reductie van angstsymptomen zien; in 4 van de 8 studies was er sprake van een significant effect	B/C
<i>Hypochondrie/gezondheidsangst</i>			
McManus et al., 2012 ⁴	RCT	MBCT versus de controlegroep: - Significant lagere gezondheidsangst, zowel direct na de interventie als na 1 jaar follow-up - Significant minder participanten voldeden aan de criteria voor de diagnose hypochondrie, zowel direct na de interventie als na 1 jaar follow-up	B

* 2 studies: sociale fobie; 2 studies: gegeneraliseerde angststoornis; 2 studies: depressie en angst; 2 studies: paniekstoornis en gegeneraliseerde angststoornis

In de meta-analyse van Vøllestad et al. waren negen studies opgenomen (acht studies werden meegenomen in de uiteindelijke analyse) over het effect van MBCT op angstsymptomen bij mensen met verschillende angststoornissen (sociale fobie, paniekstoornis, gegeneraliseerde angststoornis, depressie en angst). De acht studies lieten een positief effect van MBCT op de reductie van angstsymptomen zien. De effectgroottes liepen uiteen van 0,38 tot 2,10; in vier van de acht studies was er sprake van een significant effect¹. De kwaliteit van de meta-analyse was echter matig (zie tabel 4).

McManus et al. onderzochten het effect van MBCT (toegevoegd aan de standaardbehandeling) op gezondheidsangst, vergeleken met een controlegroep die alleen de standaardbehandeling kreeg³. MBCT participanten hadden significant lagere gezondheidsangst dan de controlegroep, zowel direct na de interventie (Cohen's $d=0,48$; klein effect; 95% BI 0,02-0,94) als na een jaar follow-up (Cohen's $d=0,48$; klein effect; 95% BI 0,02-0,94). Significant ($p<0,01$) minder participanten in de MBCT groep dan in de controlegroep voldeden aan de criteria voor de diagnose hypochondrie, zowel direct na de interventie (50,0% vs. 78,9%) als na een jaar follow-up (36,1% vs. 76,3%). De auteurs concludeerden dat MBCT nuttig kan zijn als toevoeging aan de gebruikelijke behandeling bij mensen met gezondheidsangst⁴. De kwaliteit van de studie was redelijk (zie tabel 4).

3.2.3 Mindfulness bij heterogene psychische stoornissen

Tabel 5. Samenvatting MBSR bij heterogene psychische stoornissen bij adolescenten

Referentie	Studiedesign	Uitkomsten	Kwaliteit
<i>Heterogene psychische stoornissen (o.a. stemmingsstoornissen, angststoornissen, V-code stoornissen)</i>			
Biegel et al., 2009 ³	RCT	MBSR versus de controlegroep: - Significant grotere diagnostische verbetering en significante toenames in de Global Assessment of Functioning-scores - Significant minder zelfgerapporteerde symptomen van angst, depressie en somatisering en een verbeterd zelfvertrouwen	B

De RCT van Biegel et al. onderzocht het effect van MBSR bij heterogene psychische stoornissen (stemmingsstoornissen, angststoornissen, V-code stoornissen⁴ en andere stoornissen) bij adolescenten. In de studie werd MBSR (toegevoegd aan de standaardbehandeling) vergeleken met de standaardbehandeling (individuele- of groepspsychotherapie en/of psychotrope medicatie). In vergelijking met de controlegroep vertoonde de MBSR groep een significant grotere diagnostische verbetering (verandering in percentage diagnoses) gedurende de studieperiode van vijf maanden (post-behandeling: 49% versus 0%; follow-up: 31% versus 2%) en namen de Global Assessment of Functioning-scores (GAF)-scores significant toe. Ook had de MBSR groep in vergelijking met de controlegroep na vijf maanden significant minder zelfgerapporteerde symptomen van angst, depressie en somatisering en een verbeterd zelfvertrouwen. De effectgroottes voor deze zelfgerapporteerde symptomen waren consistent groot (Cohen's $d=0,59-1,11$ in de MBSR groep; versus $-0,15 - 0,31$ in de controlegroep). De auteurs concludeerden dat MBSR een goede aanvulling kan zijn op de poliklinische behandeling van adolescenten met heterogene psychische stoornissen³. De studie was van redelijke kwaliteit (zie tabel 5).

³ Hypochondrie/gezondheidsangst behoort tot de somatoforme stoornissen. Omdat in deze studie symptomen van gezondheidsangst worden gemeten, is er echter voor gekozen deze studie in te delen bij de studies over angststoornissen.

⁴ Relationale problemen

4 Conclusie

Dit onderzoek bestond uit een inventariserend deel, waarin de psychische stoornissen waarbij mindfulness wordt toegepast in kaart zijn gebracht, en een systematisch literatuuronderzoek naar de effectiviteit van mindfulness bij de verschillende psychische stoornissen.

Toepassing mindfulness

- Behandelaars zien met name toepassingsmogelijkheden voor mindfulness als er sprake is van piekeren of impulsief gedrag. Omdat dit bij veel psychische stoornissen een rol speelt, wordt mindfulness training bij uiteenlopende psychische stoornissen ingezet; er is sprake van een brede doelgroep. Mindfulness lijkt minder geschikt te zijn in de acute fase van een stoornis, als de klachten het hevigst zijn. Dit geldt in het bijzonder voor mensen met een psychose of een manie.
- Voor weinig psychische stoornissen geldt dat (voldoende) wetenschappelijk is aangetoond dat mindfulness effectief is. Het meeste onderzoek is gedaan naar MBCT bij volwassenen met terugkerende depressies en angstklachten. Momenteel wordt MBCT als mogelijkheid voor terugvalpreventie genoemd in de multidisciplinaire richtlijn depressie (bij patiënten met een recidiverende depressieve stoornis in remissie, die drie of meer voorafgaande depressieve episodes hebben gehad) en in de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen. De kwaliteit van de onderdelen van de richtlijnen waarin MBCT genoemd wordt, is echter beperkt.

Effectiviteit mindfulness (MBSR/MBCT) bij depressieve stoornissen

Niveau 2	<p>Het is aannemelijk dat MBCT een effectieve interventie voor terugvalpreventie is bij volwassenen met een recidiverende depressieve stoornis in remissie, die drie of meer voorafgaande depressieve episodes hebben gehad</p> <p>B Meta-analyse, Piet et al., 2011² B RCT, Van Aalderen et al., 2012⁵</p>
Niveau 3	<p>Er zijn aanwijzingen dat MBCT even effectief is in het verbeteren van symptomen bij patiënten met óf zonder huidige depressie en drie of meer voorgaande depressieve episodes</p> <p>B RCT, Van Aalderen et al., 2012⁵</p> <p>Er zijn aanwijzingen dat MBCT effectief is in het verminderen van depressieve restsymptomen, ongeacht het aantal eerdere depressieve episodes</p> <p>B RCT, Geschwind et al., 2012⁸</p> <p>Er zijn aanwijzingen dat MBCT effectief is in het verminderen van depressieve symptomen in volwassenen met diverse psychische stoornissen</p> <p>B/C Meta-analyse, Klainin-Yobas et al., 2012⁹</p>
Niveau 3	<p>Er zijn aanwijzingen dat MBSR effectief is in het verminderen van depressieve symptomen in volwassenen met diverse psychische stoornissen</p> <p>B/C Meta-analyse, Klainin-Yobas et al., 2012⁹</p>

Effectiviteit mindfulness (MBSR/MBCT) bij angststoornissen

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat MBCT een effectieve interventie is voor de reductie van angstsymptomen bij volwassenen met diverse angststoornissen B/C Meta-analyse, Vøllestad et al., 2012 ¹ B RCT, McManus et al., 2012 ⁴
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat MBSR een effectieve interventie is voor de reductie van angstsymptomen bij volwassenen met diverse angststoornissen B/C Meta-analyse, Vøllestad et al., 2012 ¹ B/C RCT, Vøllestad et al., 2011 ⁶ B RCT, Jazaieri et al., 2012 ⁷

Effectiviteit mindfulness (MBSR) bij heterogene psychische stoornissen

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat MBSR een goede aanvulling kan zijn op de behandeling van adolescenten met heterogene psychische stoornissen B RCT, Biegel et al., 2009 ³
-----------------	--

Algemene conclusie

Momenteel is er voldoende wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van MBCT bij volwassen patiënten met recidiverende depressieve stoornis in remissie, met drie of meer voorafgaande depressieve episodes.

Referenties

1. Vollestad J, Nielsen MB, Nielsen GH. Mindfulness- and acceptance-based interventions for anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Psychol* 2012;51(3):239-60.
2. Piet J, Hougaard E. The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2011;31(6):1032-40.
3. Biegel GM, Brown KW, Shapiro SL, Schubert CM. Mindfulness-based stress reduction for the treatment of adolescent psychiatric outpatients: A randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 2009;77(5):855-66.
4. McManus F, Surawy C, Muse K, Vazquez-Montes M, Williams JM. A randomized clinical trial of mindfulness-based cognitive therapy versus unrestricted services for health anxiety (hypochondriasis). *J Consult Clin Psychol* 2012;80(5):817-28.
5. Van Aalderen JR, Donders AR, Giommi F, Spinhoven P, Barendregt HP, Speckens AE. The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in recurrent depressed patients with and without a current depressive episode: a randomized controlled trial. *Psychol Med* 2012;42(5):989-1001.
6. Vollestad J, Sivertsen B, Nielsen GH. Mindfulness-based stress reduction for patients with anxiety disorders: evaluation in a randomized controlled trial. *Behav Res Ther* 2011;49(4):281-8.
7. Jazaieri H, Goldin PR, Werner K, Ziv M, Gross JJ. A Randomized Trial of MBSR Versus Aerobic Exercise for Social Anxiety Disorder. *J Clin Psychol* 2012.
8. Geschwind N, Peeters F, Huibers M, van Os J, Wichers M. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in relation to prior history of depression: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2012.
9. Klainin-Yobas P, Cho MA, Creedy D. Efficacy of mindfulness-based interventions on depressive symptoms among people with mental disorders: a meta-analysis. *Int J Nurs Stud* 2012;49(1):109-21.
10. College voor Zorgverzekeringen. Pakketscan depressie. Gevraagde, aangeboden en verzekerde zorg vergeleken. , 2012.
11. Huijbers M. Medicatie, mindfulness, of beide? Een onderzoek naar terugvalpreventie bij recidiverende depressie. *NedKAD/Silhouet* 2010;2:4-7.
12. Fjorback LO, Arendt M, Ornbol E, Fink P, Walach H. Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy: a systematic review of randomized controlled trials. *Acta Psychiatr Scand* 2011;124(2):102-19.
13. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol* 2000;68(4):615-23.
14. College voor Zorgverzekeringen. Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk, 2007.
15. College voor Zorgverzekeringen. Betekenis en beoordeling criterium 'plegen te bieden', 2008 (Herziene druk 2009).
16. Chiesa A, Malinowski P. Mindfulness-based approaches: are they all the same? *J Clin Psychol* 2011;67(4):404-24.
17. Van Yperen T. 55 vragen over effectiviteit. Antwoorden voor de jeugdzorg.: Nederlands Jeugdinstituut, 2010.
18. Durlak JA. How to select, calculate, and interpret effect sizes. *J Pediatr Psychol* 2009;34(9):917-28.
19. Levine TR, Hullett CR. Eta squared, partial eta squared, and misreporting of effect size in communication research. *Human Communication Research* 2002;28(4):612-25.
20. Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Richtlijnherziening van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie (tweede revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis. 2011.
21. Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Richtlijnherziening van de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (tweede revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis. 2011.
22. Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. ADDENDUM Ouderen bij de multidisciplinaire richtlijn Depressie. 2008.
23. ZonMw. <http://www.zonmw.nl>.

BIJLAGE I Lijst geïnterviewde experts

Instantie	Naam	Functie/achtergrond
GGZ Centraal	Alie van den Berg	Psychiater
Instituut voor mindfulness	Johan Tinge	GZ-psycholoog
Praktijk voor eerstelijns-psychologie en psychotherapie	Ger Schurink	GZ-psycholoog/psychotherapeut
PsyQ	Marie-Louise Seelen	Verpleegkundig specialist GGZ
Radboud Universitair Medisch Centrum voor Mindfulness	Anne Speckens	Hoogleraar Psychiatrie
Rijks Universiteit Groningen	Claudi Bockting	Adjunct Hoogleraar Klinische Psychologie, Klinisch Psycholoog BIG
St. Antonius Ziekenhuis	Venu van den Assem	Klinisch psycholoog/cognitief gedragstherapeut

BIJLAGE II Opzet semigestructureerde interviews

A. Inleiding

Wij doen momenteel een onderzoek in opdracht van het College voor Zorgverzekeringen naar de toepassing en effectiviteit van mindfulness. Het CVZ wil op basis van dit onderzoek beoordelen of mindfulness voldoet aan de vereisten voor vergoeding uit het basispakket van de zorgverzekering. Met behulp van dit interview willen we graag te weten komen bij welke psychische stoornis(sen) momenteel mindfulness training gegeven wordt in Nederland. Het interview zal ongeveer twintig minuten duren. Ik zal een geluidsopname maken van dit interview; deze zal ik alleen gebruiken om dit interview uit te werken. Het interview zal woordelijk worden uitgetypt. Naast u zal ik nog een aantal andere mensen interviewen en de gegevens uit de interviews zal ik gebruiken om samen te vatten in een rapport. In het rapport komt een lijst met de namen van de mensen die ik geïnterviewd heb. Heeft u nog vragen?

B. Interviewvragen

1. Bij welke psychische stoornis(sen) wordt momenteel mindfulness training gegeven?
 - a. Wat zijn de argumenten om bij deze psychische stoornissen mindfulness training te geven?
 - b. Wordt de mindfulness training in een bepaald stadium van deze psychische stoornissen gegeven? Welk stadium is dit?
 - c. Op welke manier wordt mindfulness toegepast in de behandeling van deze psychische stoornissen, bijvoorbeeld in de vorm van Mindfulness Based Cognitive Therapy of op een andere wijze?
2. Zijn er psychische stoornissen waarbij momenteel geen mindfulness training wordt gegeven en waarbij mindfulness, naar uw mening, wel geschikt zou zijn? Welke zijn dit?
 - a. Waarom wordt bij deze psychische stoornissen geen mindfulness training gegeven?
 - b. Waarom zou mindfulness training volgens u wel geschikt zijn?
3. Zijn er psychische stoornissen waarvoor mindfulness training niet geschikt is? Welke zijn dit?
 - a. Wat zijn de argumenten om bij deze psychische stoornissen geen mindfulness training te geven?

C. Afsluiting

Dit was het interview. Is er nog iets dat u wilt toevoegen?

Heeft u nog vragen?

Als ik bij het uitwerken van het interview nog een vraag heb, mag ik u daar dan voor benaderen?

Hartelijk dank voor uw medewerking.

BIJLAGE III Zoekstrategie voor, PubMed, Cochrane Library en PsycInfo

Zoekstrategie voor PubMed en Cochrane Library

Zoekstrategie #1 voor mindfulness

(Mindfulness[tiab] OR MBCT[tiab] OR MBSR[tiab])

Limieten

- Taal: Engels en Nederlands

Aantal hits PubMed

Combinaties zoekstrategieën	Aantal hits
#1 + limiet	1.183
Uitgevoerd op 20-08-2012	

Aantal hits Cochrane Library

Combinaties zoekstrategieën	Aantal hits
#1 + limiet	360
Uitgevoerd op 20-08-2012	

Zoekstrategie voor PsycInfo

Zoekstrategie #1 voor mindfulness

exp mindfulness/ or mindfulness.mp./ or MBCT.mp./ or MBSR.mp./

Limieten

- Publicatietype: Journal
- Taal: Engels en Nederlands

Aantal hits PsycInfo

Combinaties zoekstrategieën	Aantal hits
#1 + limieten	1.964
Uitgevoerd op 21-08-2012	

BIJLAGE IV Exclusietabellen

Tabel 1. Overzicht exclusie artikelen geselecteerd in PubMed (n=126)

Referentie	Reden voor exclusie
Flynn et al., 2012	Niet systematisch uitgevoerde review
Britton et al., 2012	Effect van mindfulness op slaap bij antidepressiva gebruikers, n=14 MBCT en n=10 controle
Marchand et al., 2012	Niet systematisch uitgevoerde review
Chiesa et al., 2012	Kleine onderzoekspopulatie, n=9 MBCT en n=7 controle
Luoma et al., 2012	Niet systematisch uitgevoerde review
Woolhouse et al., 2012	Gemodificeerde mindfulness therapie: Mindful Moderate Eating Group (MEG)
Lang et al., 2012	Niet systematisch uitgevoerde review
Brewer et al., 2012	Niet systematisch uitgevoerde review
Williams et al., 2012	Editorial
Witkiewitz et al., 2012	Gemodificeerde mindfulness therapie: Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP)
Britton et al., 2012	Uitkomstmaat emotionele reactiviteit op stress; n=26 MBCT en n=19 controle
Van der Valk et al., 2012	Haalbaarheidsstudie, n=13 voltooiden complete behandeling
Van der Oord et al., 2012	Pilot studie, n=18 voltooiden complete behandeling
Sipe et al., 2012	Niet systematisch uitgevoerde review
Alberts et al., 2012	Niet-klinische populatie; patiënten met eetstoornissen geëxcludeerd
Shawyer et al., 2012	Geen resultaten
Soler et al., 2012	Dialectical Behavioral Therapy-Mindfulness training
Kearney et al., 2012	Populatie van veteranen met diverse psychische en lichamelijke aandoeningen
Deckersbach et al., 2012	Explorerend onderzoek, n=10 voltooiden complete behandeling
De Dios et al., 2012	Gemodificeerde mindfulness therapie: blended motivational intervention plus mindfulness meditation (MI-MM)
Langer et al., 2012	Kleine onderzoekspopulatie, n=7 MBCT; n=11 controlegroep
Sarris et al., 2012	Systematisch uitgevoerde review, maar slechts 1 slecht uitgevoerde pilot studie over mindfulness geïnccludeerd
Williams et al., 2011	De in deze review geïnccludeerde systematische reviews over mindfulness zijn al opgenomen in de huidige selectie
Wong et al., 2011	Geen resultaten
Stange et al., 2011	Kleine onderzoekspopulatie, n=8 voltooiden complete behandeling
Beshai et al., 2011	Systematisch uitgevoerde review over diverse behandelingen voor depressie. Slechts 6 van de 24 studies gaan over MBCT, waarvan 5 studies al zijn opgenomen in een geïnccludeerde meta-analyse en data van 1 studie komen uit een congresabstract
Williams et al., 2011	Kwalitatief onderzoek
Miklowitz et al., 2011	Niet systematisch uitgevoerde review
Dickerson et al., 2011	Niet systematisch uitgevoerde review
Hendershot et al., 2011	Niet systematisch uitgevoerde review
Rapgay et al., 2011	Niet systematisch uitgevoerde review
Davis et al., 2011	Niet systematisch uitgevoerde review
Fjorback et al., 2011	Systematisch uitgevoerde review, maar slechts 6 van de 21 RCT's zijn uitgevoerd in een klinische populatie met psychische aandoeningen; 5 van deze RCT's zijn al opgenomen in andere geïnccludeerde reviews en 1 RCT is niet opgenomen in de huidige selectie vanwege een thuish therapie met lage compliance
Treanor et al., 2011	Niet systematisch uitgevoerde review

Chiesa et al., 2011	Niet systematisch uitgevoerde review
Rakofsky et al., 2011	Systematisch uitgevoerde review, maar slechts 1 studie over mindfulness geïnccludeerd die al in de huidige selectie is opgenomen
Kristeller et al., 2011	Niet systematisch uitgevoerde review
Wanden-Berghe et al., 2011	Explorerende systematische review: 8 studies geïnccludeerd met verschillende variaties van mindfulness therapie en matige kwaliteit van studies (o.a. zeer kleine n, onbekende follow-up periode)
Courbasson et al., 2011	Gemodificeerde mindfulness therapie: mindfulness-action based cognitive behavioral therapy (MACBT)
Hepworth et al., 2011	Gemodificeerde mindfulness therapie: Mindful Eating Group
Manicavasgar et al., 2011	Exclusie individuele studie, opgenomen in systematische review
Chiesa et al., 2011	Systematisch uitgevoerde review over MBCT voor psychiatrische aandoeningen; 13 van de 16 studies al zijn opgenomen in een geïnccludeerde meta-analyse en 3 studies zaten in de PubMed selectie en zijn geëxcludeerd
Segal et al., 2010	Exclusie individuele studie, opgenomen in systematische review
Crane et al., 2010	Geen onderzoek naar de effectiviteit van MBCT
Nyklíček et al., 2010	Letter to the editor
Provencher et al., 2010	Systematisch uitgevoerde review, maar slechts 2 studies over mindfulness geïnccludeerd die al in de huidige selectie zijn opgenomen
Kuyken et al., 2010	Geen resultaten
Hollon et al., 2010	Systematisch uitgevoerde review, maar slechts 3 studies over mindfulness geïnccludeerd die al in de huidige selectie zijn opgenomen
Kuyken et al., 2010	Exclusie individuele studie, opgenomen in systematische review
Sachse et al., 2010	Haalbaarheidsstudie, n=16 voltooiden complete behandeling
Lovas et al., 2010	Exclusie individuele studie, opgenomen in systematische review
Garland et al., 2010	Gemodificeerde mindfulness therapie: Mindfulness-oriented recovery enhancement (MORE)
Freeman et al., 2010	Niet geheel systematisch uitgevoerde review; slechts 2 studies over mindfulness geïnccludeerd die al in de huidige selectie zijn opgenomen
Weber et al., 2010	Haalbaarheidsstudie, n=15 voltooiden complete behandeling
Witkiewitz et al., 2010	Gemodificeerde mindfulness therapie: Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP)
Britton et al., 2010	Effect van mindfulness op slaap, n=13 MBCT en n=8 controle
Godfrin et al., 2010	Exclusie individuele studie, opgenomen in systematische review
Kim et al., 2010	Exclusie individuele studie, opgenomen in systematische review
Britton et al., 2010	Effect van mindfulness op slaap bij adolescenten met middelenmisbruik, n=18 voltooiden complete behandeling
Zgierska et al., 2010	Editorial
Mathew et al., 2010	Exclusie individuele studie, opgenomen in systematische review
Hofmann et al., 2010	Systematisch uitgevoerde review over studies met diverse aandoeningen, maar studies over psychische aandoeningen zijn al opgenomen in andere reviews; samenvattende uitkomstmaten zijn niet bruikbaar (tevens gebrekkige verwijzing naar referenties)
Williams et al., 2010	Geen resultaten
Piet et al., 2010	Exclusie individuele studie, opgenomen in systematische review
Goldin et al., 2010	Exclusie individuele studie, opgenomen in systematische review
Hargus et al., 2010	Pilot studie, n=14 MBCT en n=13 standaardbehandeling
Kimbrough et al., 2010	Exclusie individuele studie, opgenomen in systematische review
Bondolfi et al., 2010	Exclusie individuele studie, opgenomen in systematische review
Dimidjian et al., 2009	Niet full-tekst beschikbaar; maar lijkt o.b.v. abstract een niet systematisch uitgevoerde review te zijn
Schnyder et al., 2009	Niet systematisch uitgevoerde review

Brewer et al., 2009	Pilot studie, n=9 mindfulness training en n=5 cognitive behavioral therapy
Bowen et al., 2009	Gemodificeerde mindfulness therapie: Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP)
Zgierska et al., 2009	Systematisch uitgevoerde review, maar geen overall uitkomsten gerapporteerd voor MBSR en een deel van de studies over MBSR is niet relevant voor deze review (bv. populatie stoppen met roken)
Marcus et al., 2009	Editorial
Nagata et al., 2009	Commentaar op ander artikel
Deyo et al., 2009	Exclusie individuele studie, opgenomen in systematische review
Arch et al., 2009	Niet systematisch uitgevoerde review
Behar et al., 2009	Niet systematisch uitgevoerde review
Parikh et al., 2009	Systematisch uitgevoerde review, maar bevat slechts 1 studie over mindfulness die al is geïncludeerd in recentere reviews
Tai et al., 2009	Niet systematisch uitgevoerde review
Dakwar et al., 2009	Niet systematisch uitgevoerde review
Chadwick et al., 2009	Haalbaarheidsstudie, kleine patiëntenpopulatie
Raes et al., 2009	Exclusie individuele studie, opgenomen in systematische review
Hepburn et al., 2009	Exclusie individuele studie, opgenomen in systematische review
Barnhofer et al., 2009	Exclusie individuele studie, opgenomen in systematische review
Kim et al., 2009	Exclusie individuele studie, opgenomen in systematische review
Fairfax et al., 2008	Niet systematisch uitgevoerde review
Kuyken et al., 2008	Exclusie individuele studie, opgenomen in systematische review
Imel et al., 2008	Geen specifieke patiëntenpopulatie met psychische aandoeningen
Eisendrath et al., 2008	Exclusie individuele studie, opgenomen in systematische review
Yook et al., 2008	Exclusie individuele studie, opgenomen in systematische review
Van der Watt et al., 2008	Niet systematisch uitgevoerde review
Proulx et al., 2008	Kwalitatief onderzoek
Zylowska et al., 2008	Gemodificeerde mindfulness therapie: Mindful awareness practices for ADHD
Williams et al., 2008	Exclusie individuele studie, opgenomen in systematische review
Evans et al., 2008	Exclusie individuele studie, opgenomen in systematische review
Philipsen et al., 2007	Dialectical behavioral treatment
Coelho et al., 2007	Systematisch uitgevoerde review, maar de 4 geïncludeerde studies zijn al opgenomen in recentere reviews
Ospina et al., 2007	This publication is provided for historical reference only and the information may be out of date; bevat geen relevante studies over mindfulness
Koszycki et al., 2007	Exclusie individuele studie, opgenomen in systematische review
Kingston et al., 2007	Exclusie individuele studie, opgenomen in systematische review
Toneatto et al., 2007	Kort gerapporteerde systematisch uitgevoerde review, maar slechts 4 van de 15 geïncludeerde studies betreffen populaties met stemmingsstoornissen waarvoor geen overall uitkomsten worden gerapporteerd (3 studies zijn al opgenomen in recentere reviews, 1 studie is opgenomen in de huidige selectie)
Kenny et al., 2007	Exclusie individuele studie, opgenomen in systematische review
Hoppes et al., 2006	Niet systematisch uitgevoerde review
Allen et al., 2006	Niet systematisch uitgevoerde review
Finucane et al., 2006	Exclusie individuele studie, opgenomen in systematische review
Krisanaprakornkit et al., 2006	Systematisch uitgevoerde review, maar de 2 geïncludeerde artikelen gaan niet over mindfulness therapie
Williams et al., 2006	Niet systematisch uitgevoerde review
Lau et al., 2005	Niet systematisch uitgevoerde review

Greenfield et al., 2005	Niet systematisch uitgevoerde review; geen studies opgenomen over mindfulness
Weiss et al., 2005	Niet-gerandomiseerde trial met methodologische gebreken en kleine onderzoekspopulatie, n=15 MBSR en n=16 controle groep
Williams et al., 2004	Niet systematisch uitgevoerde review
O'Haver et al., 2004	Niet systematisch uitgevoerde review
O'Haver et al., 2004	Niet systematisch uitgevoerde review
Grossman et al., 2004	Systematisch uitgevoerde meta-analyse, maar de 10 studies geïnccludeerd in de analyse betreffen geen populaties met psychische aandoeningen
Ma et al., 2004	Exclusie individuele studie, opgenomen in systematische review
Teasdale et al., 2002	Exclusie individuele studie, opgenomen in systematische review
Reibel et al., 2001	Exclusie individuele studie, opgenomen in systematische review
Wolfsdorf et al., 2001	Niet systematisch uitgevoerde review; geen studies opgenomen over mindfulness
Teasdale et al., 2000	Exclusie individuele studie, opgenomen in systematische review
Williams et al., 2000	Studie over autobiografisch geheugen
Shannahoff-Khalsa et al., 1999	Gemodificeerde mindfulness therapie: Relaxation Response en Mindfulness Meditation technique
Kristeller et al., 1999	Pilot studie met standaard en eet-specifieke mindfulness therapie, n=18
Miller et al., 1995	Exclusie individuele studie, opgenomen in systematische review
Teasdale et al., 1995	Niet systematisch uitgevoerde review
Kabat-Zinn et al., 1992	Exclusie individuele studie, opgenomen in systematische review

Tabel 2. Overzicht exclusie artikelen geselecteerd in Cochrane Library (n=12)

Referentie	Reden voor exclusie
Stoffers et al., 2012	De geïnccludeerde artikelen gaan niet over mindfulness therapie
Hunot et al., 2010	De geïnccludeerde artikelen gaan niet over mindfulness therapie
Mars et al., 2010	Systematisch uitgevoerde review, maar de 4 van de 5 geïnccludeerde studies over psychische aandoeningen zijn al opgenomen in recentere reviews en 1 pilot studie is opgenomen in de Cochrane selectie en geëxcludeerd
Shahar et al., 2010	Tussentijdse resultaten; een studie met de complete resultaten van deze RCT is opgenomen in de PubMed selectie
Krisanaprakornkit et al., 2009	De geïnccludeerde artikelen gaan niet over mindfulness therapie
Hay et al., 2009	Alleen 1 congres abstract (niet-gepubliceerde data) over mindfulness
Ipser et al., 2009	De geïnccludeerde artikelen gaan niet over mindfulness therapie
Bondolfi et al., 2009	Artikel is geïnccludeerd via PubMed selectie; in Cochrane Library staat een onjuist jaartal vermeld
Abolghasemi et al., 2008	Artikel in Arabisch
Crane et al., 2008	Exclusie individuele studie, opgenomen in systematische review
Alterman et al., 2004	Pilot studie, n=15 mindfulness meditation en n=10 controle
Baer et al., 2003	De geïnccludeerde studies van deze review zijn al opgenomen in recentere reviews of de huidige selectie

Tabel 3. Overzicht exclusie artikelen geselecteerd in PsycInfo (n=16)

Referentie	Reden voor exclusie
Davis et al., 2012	De geïncludeerde studies van deze review zijn al opgenomen in reviews uit PubMed die zijn opgenomen in de evidencetabellen, of in de huidige selectie
Haydicky et al., 2012	Gemodificeerde mindfulness therapie: Integra Mindfulness Martial Arts (MMA)
Kaviani et al., 2012	Subklinische populatie van studenten
Hofmann et al., 2010	Niet systematisch uitgevoerde review
Miklowitz et al., 2009	Haalbaarheidsstudie, n=14 voltooiden complete behandeling
Appel et al., 2009	Niet systematisch uitgevoerde review
Goldin et al., 2009	Exclusie individuele studie, opgenomen in systematische review
Boteva et al., 2008	Artikel niet in Nederland beschikbaar; hoogstwaarschijnlijk van matige kwaliteit en artikelen uit deze review zullen zijn opgenomen in de andere geïncludeerde reviews
Tsang et al., 2008	Systematisch uitgevoerde review, maar geen studies over mindfulness geïncludeerd
Craigie et al., 2008	Exclusie individuele studie, opgenomen in systematische review
Ree et al., 2007	Exclusie individuele studie, opgenomen in systematische review
Forman et al., 2007	Acceptance and commitment therapie (ACT) versus cognitieve therapie (CT)
Bogels et al., 2006	Exclusie individuele studie, opgenomen in systematische review
Witkiewitz et al., 2005	Niet systematische review en voorlopige resultaten van een studie onder gevangenen
Salmon et al., 2004	Niet systematisch uitgevoerde review
Ramel et al., 2004	Exclusie individuele studie, opgenomen in systematische review

Referenties geëxcludeerde artikelen

- Abolghasemi A, Gholami H, Narimani M, Ganji M. Efficacy of Beck cognitive therapy and Teasdale mindfulness-based cognitive therapy in reduction of depressive symptoms and modification of meta-cognitive beliefs in dysthymic patients. *Psychological Research [serial on the Internet]*. 2008; (1-2).
- Alberts HJ, Thewissen R, Raes L. Dealing with problematic eating behaviour. The effects of a mindfulness-based intervention on eating behaviour, food cravings, dichotomous thinking and body image concern. *Appetite*. 2012 Jun;58(3):847-51.
- Allen NB, Chambers R, Knight W. Mindfulness-based psychotherapies: a review of conceptual foundations, empirical evidence and practical considerations. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006 Apr;40(4):285-94.
- Alterman AI, Koppenhaver JM, Mulholland E, Ladden LJ, Baime MJ. Pilot trial of effectiveness of mindfulness meditation for substance abuse patients. *Journal of Substance Use [serial on the Internet]*. 2004; (6).
- Appel J, Kim-Appel D. Mindfulness: Implications for substance abuse and addiction. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2009 Oct;7(4):506-12.
- Arch JJ, Craske MG. First-line treatment: a critical appraisal of cognitive behavioral therapy developments and alternatives. *Psychiatr Clin North Am*. 2009 Sep;32(3):525-47.
- Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review (Provisional abstract). *Clinical Psychology: Science and Practice [serial on the Internet]*. 2003; (2).
- Barnhofer T, Crane C, Hargus E, Amarasinghe M, Winder R, Williams JM. Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behav Res Ther*. 2009 May;47(5):366-73.
- Behar E, DiMarco ID, Hekler EB, Mohlman J, Staples AM. Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): conceptual review and treatment implications. *J Anxiety Disord*. 2009 Dec;23(8):1011-23.
- Beshai S, Dobson KS, Bockting CL, Quigley L. Relapse and recurrence prevention in depression: current research and future prospects. *Clin Psychol Rev*. 2011 Dec;31(8):1349-60.
- Bogels SM, Sijbers G, Voncken M. Mindfulness and task concentration training for social phobia: A pilot study. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2006 Spr;20(1):33-44.
- Bondolfi G, Jermann F, der Linden MV, Gex-Fabry M, Bizzini L, Rouget BW, et al. Depression relapse prophylaxis with Mindfulness-Based Cognitive Therapy: replication and extension in the Swiss health care system. *J Affect Disord*. 2010 May;122(3):224-31.

- Bondolfi G, Jermann F, Linden MV, Gex-Fabry M, Bizzini L, Rouget BW, et al. Depression relapse prophylaxis with Mindfulness-Based Cognitive Therapy: replication and extension in the Swiss health care system. *Journal of Affective Disorders* [serial on the Internet]. 2010; (3).
- Boteva K. Mindfulness meditation in patients with mood disorders. Feasibility, safety and efficacy: An empirical review. *International Journal of Child Health and Human Development*. 2008;1(2):135-54.
- Bowen S, Chawla N, Collins SE, Witkiewitz K, Hsu S, Grow J, et al. Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: a pilot efficacy trial. *Subst Abus*. 2009 Oct-Dec;30(4):295-305.
- Brewer JA, Elwafi HM, Davis JH. Craving to Quit: Psychological Models and Neurobiological Mechanisms of Mindfulness Training as Treatment for Addictions. *Psychol Addict Behav*. 2012 May 28.
- Brewer JA, Sinha R, Chen JA, Michalsen RN, Babuscio TA, Nich C, et al. Mindfulness training and stress reactivity in substance abuse: results from a randomized, controlled stage I pilot study. *Subst Abus*. 2009 Oct-Dec;30(4):306-17.
- Britton WB, Bootzin RR, Cousins JC, Hasler BP, Peck T, Shapiro SL. The contribution of mindfulness practice to a multicomponent behavioral sleep intervention following substance abuse treatment in adolescents: a treatment-development study. *Subst Abus*. 2010 Apr;31(2):86-97.
- Britton WB, Haynes PL, Fridel KW, Bootzin RR. Mindfulness-based cognitive therapy improves polysomnographic and subjective sleep profiles in antidepressant users with sleep complaints. *Psychother Psychosom*. 2012;81(5):296-304.
- Britton WB, Haynes PL, Fridel KW, Bootzin RR. Polysomnographic and subjective profiles of sleep continuity before and after mindfulness-based cognitive therapy in partially remitted depression. *Psychosom Med*. 2010 Jul;72(6):539-48.
- Britton WB, Shahar B, Szepeswol O, Jacobs WJ. Mindfulness-based cognitive therapy improves emotional reactivity to social stress: results from a randomized controlled trial. *Behav Ther*. 2012 Jun;43(2):365-80.
- Chadwick P, Hughes S, Russell D, Russell I, Dagnan D. Mindfulness groups for distressing voices and paranoia: a replication and randomized feasibility trial. *Behav Cogn Psychother*. 2009 Jul;37(4):403-12.
- Chiesa A, Malinowski P. Mindfulness-based approaches: are they all the same? *J Clin Psychol*. 2011 Apr;67(4):404-24.
- Chiesa A, Mandelli L, Serretti A. Mindfulness-based cognitive therapy versus psycho-education for patients with major depression who did not achieve remission following antidepressant treatment: a preliminary analysis. *J Altern Complement Med*. 2012 Aug;18(8):756-60.
- Chiesa A, Serretti A. Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2011 May 30;187(3):441-53.
- Coelho HF, Canter PH, Ernst E. Mindfulness-based cognitive therapy: evaluating current evidence and informing future research. *J Consult Clin Psychol*. 2007 Dec;75(6):1000-5.
- Courbasson CM, Nishikawa Y, Shapira LB. Mindfulness-Action Based Cognitive Behavioral Therapy for concurrent Binge Eating Disorder and Substance Use Disorders. *Eat Disord*. 2011 Jan;19(1):17-33.
- Craigie MA, Rees CS, Marsh A, Nathan P. Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder: A preliminary evaluation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2008 Oct;36(5):553-68.
- Crane C, Barnhofer T, Duggan DS, Hepburn S, Fennell MV, Williams JMG. Mindfulness-based cognitive therapy and self-discrepancy in recovered depressed patients with a history of depression and suicidality. *Cognitive Therapy and Research* [serial on the Internet]. 2008; (6).
- Crane C, Williams JM. Factors Associated with Attrition from Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Patients with a History of Suicidal Depression. *Mindfulness (N Y)*. 2010 Mar;1(1):10-20.
- Dakwar E, Levin FR. The emerging role of meditation in addressing psychiatric illness, with a focus on substance use disorders. *Harv Rev Psychiatry*. 2009;17(4):254-67.
- Davis DM, Hayes JA. What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy (Chic)*. 2011 Jun;48(2):198-208.
- Davis L, Kurzban S. Mindfulness-based treatment for people with severe mental illness: A literature review. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*. 2012 Apr;15(2):202-32.
- De Dios MA, Herman DS, Britton WB, Hagerty CE, Anderson BJ, Stein MD. Motivational and mindfulness intervention for young adult female marijuana users. *J Subst Abuse Treat*. 2012 Jan;42(1):56-64.
- Deckersbach T, Holzel BK, Eisner LR, Stange JP, Peckham AD, Dougherty DD, et al. Mindfulness-based cognitive therapy for nonremitted patients with bipolar disorder. *CNS Neurosci Ther*. 2012 Feb;18(2):133-41.
- Deyo M, Wilson KA, Ong J, Koopman C. Mindfulness and rumination: does mindfulness training lead to reductions in the ruminative thinking associated with depression? *Explore (NY)*. 2009 Sep-Oct;5(5):265-71.
- Dickerson FB, Lehman AF. Evidence-based psychotherapy for schizophrenia: 2011 update. *J Nerv Ment Dis*. 2011 Aug;199(8):520-6.
- Dimidjian S, Davis KJ. Newer variations of cognitive-behavioral therapy: behavioral activation and mindfulness-based cognitive therapy. *Curr Psychiatry Rep*. 2009 Dec;11(6):453-8.
- Eisendrath SJ, Delucchi K, Bitner R, Fenimore P, Smit M, McLane M. Mindfulness-based cognitive therapy for treatment-resistant depression: a pilot study. *Psychother Psychosom*. 2008;77(5):319-20.

- Evans S, Ferrando S, Findler M, Stowell C, Smart C, Haglin D. Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord.* 2008 May;22(4):716-21.
- Fairfax H. The use of mindfulness in obsessive compulsive disorder: suggestions for its application and integration in existing treatment. *Clin Psychol Psychother.* 2008 Jan-Feb;15(1):53-9.
- Finucane A, Mercer SW. An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. *BMC Psychiatry.* 2006;6:14.
- Fjorback LO, Arendt M, Ornbol E, Fink P, Walach H. Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy: a systematic review of randomized controlled trials. *Acta Psychiatr Scand.* 2011 Aug;124(2):102-19.
- Flynn AG. Fact or faith?: on the evidence for psychotherapy for adults with intellectual disability and mental health needs. *Curr Opin Psychiatry.* 2012 Sep;25(5):342-7.
- Forman EM, Herbert JD, Moitra E, Yeomans PD, Geller PA. A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification.* 2007 Nov;31(6):772-99.
- Freeman MP, Fava M, Lake J, Trivedi MH, Wisner KL, Mischoulon D. Complementary and alternative medicine in major depressive disorder: the American Psychiatric Association Task Force report. *J Clin Psychiatry.* 2010 Jun;71(6):669-81.
- Garland EL, Gaylord SA, Boettiger CA, Howard MO. Mindfulness training modifies cognitive, affective, and physiological mechanisms implicated in alcohol dependence: results of a randomized controlled pilot trial. *J Psychoactive Drugs.* 2010 Jun;42(2):177-92.
- Godfrin KA, van Heeringen C. The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behav Res Ther.* 2010 Aug;48(8):738-46.
- Goldin P, Ramel W, Gross J. Mindfulness meditation training and self-referential processing in social anxiety disorder: Behavioral and neural effects. *Journal of Cognitive Psychotherapy.* 2009;23(3):242-57.
- Goldin PR, Gross JJ. Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion.* 2010 Feb;10(1):83-91.
- Greenfield B, Hechman L. Treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Expert Rev Neurother.* 2005 Jan;5(1):107-21.
- Grossman P, Niemann L, Schmidt S, Walach H. Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *J Psychosom Res.* 2004 Jul;57(1):35-43.
- Hargus E, Crane C, Barnhofer T, Williams JM. Effects of mindfulness on meta-awareness and specificity of describing prodromal symptoms in suicidal depression. *Emotion.* 2010 Feb;10(1):34-42.
- Hay Phillipa PJ, Bacaltchuk J, Stefano S, Kashyap P. Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing. *Cochrane Database of Systematic Reviews [serial on the Internet].* 2009; (4).
- Haydicky J, Wiener J, Badali P, Milligan K, Ducharme JM. Evaluation of a mindfulness-based intervention for adolescents with learning disabilities and co-occurring ADHD and anxiety. *Mindfulness.* 2012 Jun;3(2):151-64.
- Hendershot CS, Witkiewitz K, George WH, Marlatt GA. Relapse prevention for addictive behaviors. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2011;6:17.
- Hepburn SR, Crane C, Barnhofer T, Duggan DS, Fennell MJ, Williams JM. Mindfulness-based cognitive therapy may reduce thought suppression in previously suicidal participants: findings from a preliminary study. *Br J Clin Psychol.* 2009 Jun;48(Pt 2):209-15.
- Hepworth NS. A mindful eating group as an adjunct to individual treatment for eating disorders: a pilot study. *Eat Disord.* 2011 Jan;19(1):6-16.
- Hofmann SG, Sawyer AT, Fang A. The empirical status of the "new wave" of cognitive behavioral therapy. *Psychiatric Clinics of North America.* 2010 Sep;33(3):701-10.
- Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol.* 2010 Apr;78(2):169-83.
- Hollon SD, Ponniah K. A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. *Depress Anxiety.* 2010 Oct;27(10):891-932.
- Hoppes K. The application of mindfulness-based cognitive interventions in the treatment of co-occurring addictive and mood disorders. *CNS Spectr.* 2006 Nov;11(11):829-51.
- Hunot V, Churchill R, Teixeira V, Silva de Lima M. Psychological therapies for generalised anxiety disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews [serial on the Internet].* 2007; (1).
- Imel Z, Baldwin S, Bonus K, Maccoon D. Beyond the individual: group effects in mindfulness-based stress reduction. *Psychother Res.* 2008 Nov;18(6):735-42.
- Ipser Jonathan C, Sander C, Stein Dan J. Pharmacotherapy and psychotherapy for body dysmorphic disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews [serial on the Internet].* 2009; (1).
- Kabat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, Peterson LG, Fletcher KE, Pbert L, et al. Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatry.* 1992 Jul;149(7):936-43.

- Kaviani H, Hatami N, Javaheri F. The impact of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on mental health and quality of life in a sub-clinically depressed population. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*. 2012 Mar;14(1):21-8.
- Kearney DJ, McDermott K, Malte C, Martinez M, Simpson TL. Association of participation in a mindfulness program with measures of PTSD, depression and quality of life in a veteran sample. *J Clin Psychol*. 2012 Jan;68(1):101-16.
- Kenny MA, Williams JM. Treatment-resistant depressed patients show a good response to Mindfulness-based Cognitive Therapy. *Behav Res Ther*. 2007 Mar;45(3):617-25.
- Kim B, Lee SH, Kim YW, Choi TK, Yook K, Suh SY, et al. Effectiveness of a mindfulness-based cognitive therapy program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with panic disorder. *J Anxiety Disord*. 2010 Aug;24(6):590-5.
- Kim YW, Lee SH, Choi TK, Suh SY, Kim B, Kim CM, et al. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder. *Depress Anxiety*. 2009;26(7):601-6.
- Kimbrough E, Magyari T, Langenberg P, Chesney M, Berman B. Mindfulness intervention for child abuse survivors. *J Clin Psychol*. 2010 Jan;66(1):17-33.
- Kingston T, Dooley B, Bates A, Lawlor E, Malone K. Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Psychol Psychother*. 2007 Jun;80(Pt 2):193-203.
- Koszycki D, Bengner M, Shlik J, Bradwejn J. Randomized trial of a meditation-based stress reduction program and cognitive behavior therapy in generalized social anxiety disorder. *Behav Res Ther*. 2007 Oct;45(10):2518-26.
- Krisanaprakornkit T, Krisanaprakornkit W, Piyavhatkul N, Laopaiboon M. Meditation therapy for anxiety disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006(1):CD004998.
- Krisanaprakornkit T, Ngamjarus C, Witoonchart C, Piyavhatkul N. Meditation therapies for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Cochrane Database of Systematic Reviews [serial on the Internet]*. 2010; (6).
- Kristeller JL, Hallett CB. An Exploratory Study of a Meditation-based Intervention for Binge Eating Disorder. *J Health Psychol*. 1999 May;4(3):357-63.
- Kristeller JL, Wolever RQ. Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: the conceptual foundation. *Eat Disord*. 2011 Jan;19(1):49-61.
- Kuyken W, Byford S, Byng R, Dalgleish T, Lewis G, Taylor R, et al. Study protocol for a randomized controlled trial comparing mindfulness-based cognitive therapy with maintenance anti-depressant treatment in the prevention of depressive relapse/recurrence: the PREVENT trial. *Trials*. 2010;11:99.
- Kuyken W, Byford S, Taylor RS, Watkins E, Holden E, White K, et al. Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *J Consult Clin Psychol*. 2008 Dec;76(6):966-78.
- Kuyken W, Watkins E, Holden E, White K, Taylor RS, Byford S, et al. How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behav Res Ther*. 2010 Nov;48(11):1105-12.
- Lang AJ, Strauss JL, Bomyea J, Bormann JE, Hickman SD, Good RC, et al. The Theoretical and Empirical Basis for Meditation as an Intervention for PTSD. *Behav Modif*. 2012 Jun 5.
- Langer AI, Cangas AJ, Salcedo E, Fuentes B. Applying mindfulness therapy in a group of psychotic individuals: a controlled study. *Behav Cogn Psychother*. 2012 Jan;40(1):105-9.
- Lau MA, McMain SF. Integrating mindfulness meditation with cognitive and behavioural therapies: the challenge of combining acceptance- and change-based strategies. *Can J Psychiatry*. 2005 Nov;50(13):863-9.
- Lovas DA, Barsky AJ. Mindfulness-based cognitive therapy for hypochondriasis, or severe health anxiety: a pilot study. *J Anxiety Disord*. 2010 Dec;24(8):931-5.
- Luoma JB, Villatte JL. Mindfulness in the Treatment of Suicidal Individuals. *Cogn Behav Pract*. 2012 Jan 5;19(2):265-76.
- Ma SH, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *J Consult Clin Psychol*. 2004 Feb;72(1):31-40.
- Manicavasgar V, Parker G, Perich T. Mindfulness-based cognitive therapy vs cognitive behaviour therapy as a treatment for non-melancholic depression. *J Affect Disord*. 2011 Apr;130(1-2):138-44.
- Marchand WR. Mindfulness-based stress reduction, mindfulness-based cognitive therapy, and Zen meditation for depression, anxiety, pain, and psychological distress. *J Psychiatr Pract*. 2012 Jul;18(4):233-52.
- Marcus MT, Zgierska A. Mindfulness-based therapies for substance use disorders: part 1. *Subst Abus*. 2009 Oct-Dec;30(4):263-5.
- Mars TS, Abbey H. Mindfulness meditation practise as a healthcare intervention: a systematic review (Provisional abstract). *International Journal of Osteopathic Medicine [serial on the Internet]*. 2010; (2).
- Mathew KL, Whitford HS, Kenny MA, Denson LA. The long-term effects of mindfulness-based cognitive therapy as a relapse prevention treatment for major depressive disorder. *Behav Cogn Psychother*. 2010 Oct;38(5):561-76.
- Miklowitz DJ, Alatiq Y, Goodwin GM, Geddes JR, Fennell MJ, Dimidjian S, et al. A pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2009 Dec;2(4):373-82.
- Miklowitz DJ. Functional impairment, stress, and psychosocial intervention in bipolar disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2011 Dec;13(6):504-12.

- Miller JJ, Fletcher K, Kabat-Zinn J. Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *Gen Hosp Psychiatry*. 1995 May;17(3):192-200.
- Nagata T. Mindfulness in the management of eating disorders. *World Psychiatry*. 2009 Oct;8(3):164-5.
- Nyklíček I, van Son J, Pouwer F. Two recently published meta-analyses on the effectiveness of mindfulness-based interventions: what should the reader make of it? *J Psychosom Res*. 2010 Dec;69(6):613-4; author reply 4-5.
- O'Haver Day P, Horton-Deutsch S. Using mindfulness-based therapeutic interventions in psychiatric nursing practice--part I: Description and empirical support for mindfulness-based interventions. *Arch Psychiatr Nurs*. 2004 Oct;18(5):164-9.
- O'Haver Day P, Horton-Deutsch S. Using mindfulness-based therapeutic interventions in psychiatric nursing practice--part II: Mindfulness-based approaches for all phases of psychotherapy--clinical case study. *Arch Psychiatr Nurs*. 2004 Oct;18(5):170-7.
- Ospina MB, Bond K, Karkhaneh M, Tjosvold L, Vandermeer B, Liang Y, et al. Meditation practices for health: state of the research. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*. 2007 Jun(155):1-263.
- Parikh SV, Segal ZV, Grigoriadis S, Ravindran AV, Kennedy SH, Lam RW, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. II. Psychotherapy alone or in combination with antidepressant medication. *J Affect Disord*. 2009 Oct;117 Suppl 1:S15-25.
- Philipsen A, Richter H, Peters J, Alm B, Sobanski E, Colla M, et al. Structured group psychotherapy in adults with attention deficit hyperactivity disorder: results of an open multicentre study. *J Nerv Ment Dis*. 2007 Dec;195(12):1013-9.
- Piet J, Hougaard E, Hecksher MS, Rosenberg NK. A randomized pilot study of mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive-behavioral therapy for young adults with social phobia. *Scand J Psychol*. 2010 Feb 23.
- Proulx K. Experiences of women with bulimia nervosa in a mindfulness-based eating disorder treatment group. *Eat Disord*. 2008 Jan-Feb;16(1):52-72.
- Provencher MD, Hawke LD, Thienot E. Psychotherapies for comorbid anxiety in bipolar spectrum disorders. *J Affect Disord*. 2011 Oct;133(3):371-80.
- Raes F, Dewulf D, Van Heeringen C, Williams JM. Mindfulness and reduced cognitive reactivity to sad mood: evidence from a correlational study and a non-randomized waiting list controlled study. *Behav Res Ther*. 2009 Jul;47(7):623-7.
- Rakofsky JJ, Dunlop BW. Treating nonspecific anxiety and anxiety disorders in patients with bipolar disorder: a review. *J Clin Psychiatry*. 2011 Jan;72(1):81-90.
- Ramel W, Goldin PR, Carmona PE, McQuaid JR. The effects of mindfulness meditation on cognitive processes and affect in patients with past depression. *Cognitive Therapy and Research*. 2004 Aug;28(4):433-55.
- Rappag L, Bystritsky A, Dafter RE, Spearman M. New Strategies for Combining Mindfulness with Integrative Cognitive Behavioral Therapy for the Treatment of Generalized Anxiety Disorder. *J Ration Emot Cogn Behav Ther*. 2011 Jun;29(2):92-119.
- Ree MJ, Craigie MA. Outcomes following mindfulness-based cognitive therapy in a heterogeneous sample of adult outpatients. *Behaviour Change*. 2007 Apr;24(2):70-86.
- Reibel DK, Greeson JM, Brainard GC, Rosenzweig S. Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life in a heterogeneous patient population. *Gen Hosp Psychiatry*. 2001 Jul-Aug;23(4):183-92.
- Sachse S, Keville S, Feigenbaum J. A feasibility study of mindfulness-based cognitive therapy for individuals with borderline personality disorder. *Psychol Psychother*. 2010 Aug 10.
- Salmon P, Sephton S, Weissbecker I, Hoover K, Ulmer C, Studts JL. Mindfulness Meditation in Clinical Practice. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2004 Fal;11(4):434-46.
- Sarris J, Camfield D, Berk M. Complementary medicine, self-help, and lifestyle interventions for obsessive compulsive disorder (OCD) and the OCD spectrum: a systematic review. *J Affect Disord*. 2012 May;138(3):213-21.
- Schnyder U. Future perspectives in psychotherapy. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2009 Nov;259 Suppl 2:S123-8.
- Segal ZV, Bieling P, Young T, MacQueen G, Cooke R, Martin L, et al. Antidepressant monotherapy vs sequential pharmacotherapy and mindfulness-based cognitive therapy, or placebo, for relapse prophylaxis in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2010 Dec;67(12):1256-64.
- Shahar B, Britton WB, Sbarra DA, Figueredo AJ, Bootzin RR. Mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy for depression: Preliminary evidence from a randomized controlled trial. *International Journal of Cognitive Therapy [serial on the Internet]*. 2010; (4).
- Shannahoff-Khalsa DS, Ray LE, Levine S, Gallen CC, Schwartz BJ, Sidorowich JJ. Randomized controlled trial of yogic meditation techniques for patients with obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr*. 1999 Dec;4(12):34-47.

- Shawyer F, Meadows GN, Judd F, Martin PR, Segal Z, Piterman L. The DARE study of relapse prevention in depression: design for a phase 1/2 translational randomised controlled trial involving mindfulness-based cognitive therapy and supported self monitoring. *BMC Psychiatry*. 2012;12:3.
- Sipe WE, Eisendrath SJ. Mindfulness-based cognitive therapy: theory and practice. *Can J Psychiatry*. 2012 Feb;57(2):63-9.
- Soler J, Valdeperez A, Feliu-Soler A, Pascual JC, Portella MJ, Martin-Blanco A, et al. Effects of the dialectical behavioral therapy-mindfulness module on attention in patients with borderline personality disorder. *Behav Res Ther*. 2012 Feb;50(2):150-7.
- Stange JP, Eisner LR, Holzel BK, Peckham AD, Dougherty DD, Rauch SL, et al. Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: effects on cognitive functioning. *J Psychiatr Pract*. 2011 Nov;17(6):410-9.
- Stoffers Jutta M, Völlm Birgit A, Rücker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews [serial on the Internet]*. 2012; (8).
- Tai S, Turkington D. The evolution of cognitive behavior therapy for schizophrenia: current practice and recent developments. *Schizophr Bull*. 2009 Sep;35(5):865-73.
- Teasdale JD, Moore RG, Hayhurst H, Pope M, Williams S, Segal ZV. Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *J Consult Clin Psychol*. 2002 Apr;70(2):275-87.
- Teasdale JD, Segal Z, Williams JM. How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behav Res Ther*. 1995 Jan;33(1):25-39.
- Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol*. 2000 Aug;68(4):615-23.
- Toneatto T, Nguyen L. Does mindfulness meditation improve anxiety and mood symptoms? A review of the controlled research. *Can J Psychiatry*. 2007 Apr;52(4):260-6.
- Treanor M. The potential impact of mindfulness on exposure and extinction learning in anxiety disorders. *Clin Psychol Rev*. 2011 Jun;31(4):617-25.
- Tsang HW, Chan EP, Cheung W. Effects of mindful and non mindful exercises on people with depression: A systematic review. *British Journal of Clinical Psychology*. 2008 Sep;47(3):303-22.
- Van der Oord S, Bogels SM, Peijnenburg D. The Effectiveness of Mindfulness Training for Children with ADHD and Mindful Parenting for their Parents. *J Child Fam Stud*. 2012 Feb;21(1):139-47.
- Van der Valk R, van de Waerdt S, Meijer CJ, van den Hout I, de Haan L. Feasibility of mindfulness-based therapy in patients recovering from a first psychotic episode: a pilot study. *Early Interv Psychiatry*. 2012 Mar 9.
- Van der Watt G, Laugharne J, Janca A. Complementary and alternative medicine in the treatment of anxiety and depression. *Curr Opin Psychiatry*. 2008 Jan;21(1):37-42.
- Wanden-Berghe RG, Sanz-Valero J, Wanden-Berghe C. The application of mindfulness to eating disorders treatment: a systematic review. *Eat Disord*. 2011 Jan;19(1):34-48.
- Weber B, Jermann F, Gex-Fabry M, Nallet A, Bondolfi G, Aubry JM. Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: a feasibility trial. *Eur Psychiatry*. 2010 Oct;25(6):334-7.
- Weiss M, Nordlie JW, Siegel EP. Mindfulness-based stress reduction as an adjunct to outpatient psychotherapy. *Psychother Psychosom*. 2005;74(2):108-12.
- Williams JM, Alatiq Y, Crane C, Barnhofer T, Fennell MJ, Duggan DS, et al. Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) in bipolar disorder: preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *J Affect Disord*. 2008 Apr;107(1-3):275-9.
- Williams JM, Duggan DS, Crane C, Fennell MJ. Mindfulness-based cognitive therapy for prevention of recurrence of suicidal behavior. *J Clin Psychol*. 2006 Feb;62(2):201-10.
- Williams JM, Kuyken W. Mindfulness-based cognitive therapy: a promising new approach to preventing depressive relapse. *Br J Psychiatry*. 2012 May;200(5):359-60.
- Williams JM, Russell IT, Crane C, Russell D, Whitaker CJ, Duggan DS, et al. Staying well after depression: trial design and protocol. *BMC Psychiatry*. 2010;10:23.
- Williams JM, Swales M. The use of mindfulness-based approaches for suicidal patients. *Arch Suicide Res*. 2004;8(4):315-29.
- Williams JM, Teasdale JD, Segal ZV, Soulsby J. Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *J Abnorm Psychol*. 2000 Feb;109(1):150-5.
- Williams JW, Gierisch JM, McDuffie J, Strauss JL, Nagi A. 2011 Aug *Depressive Disorders: Supplement to Efficacy of Complementary and Alternative Medicine Therapies for Posttraumatic Stress Disorder*.
- Williams MJ, McManus F, Muse K, Williams JM. Mindfulness-based cognitive therapy for severe health anxiety (hypochondriasis): an interpretative phenomenological analysis of patients' experiences. *Br J Clin Psychol*. 2011 Nov;50(4):379-97.
- Witkiewitz K, Bowen S, Douglas H, Hsu SH. Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addict Behav*. 2012 Apr 6.
- Witkiewitz K, Bowen S. Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. *J Consult Clin Psychol*. 2010 Jun;78(3):362-74.
- Witkiewitz K, Marlatt G, Walker D. Mindfulness-Based Relapse Prevention for Alcohol and Substance Use Disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2005 Fal;19(3):211-28.

- Wolfson BA, Zlotnick C. Affect management in group therapy for women with posttraumatic stress disorder and histories of childhood sexual abuse. *J Clin Psychol.* 2001 Feb;57(2):169-81.
- Wong SY, Mak WW, Cheung EY, Ling CY, Lui WW, Tang WK, et al. A randomized, controlled clinical trial: the effect of mindfulness-based cognitive therapy on generalized anxiety disorder among Chinese community patients: protocol for a randomized trial. *BMC Psychiatry.* 2011;11:187.
- Woolhouse H, Knowles A, Crafti N. Adding mindfulness to CBT programs for binge eating: a mixed-methods evaluation. *Eat Disord.* 2012;20(4):321-39.
- Yook K, Lee SH, Ryu M, Kim KH, Choi TK, Suh SY, et al. Usefulness of mindfulness-based cognitive therapy for treating insomnia in patients with anxiety disorders: a pilot study. *J Nerv Ment Dis.* 2008 Jun;196(6):501-3.
- Zgierska A, Marcus MT. Mindfulness-based therapies for substance use disorders: part 2. *Subst Abus.* 2010 Apr;31(2):77-8.
- Zgierska A, Rabago D, Chawla N, Kushner K, Koehler R, Marlatt A. Mindfulness meditation for substance use disorders: a systematic review. *Subst Abus.* 2009 Oct-Dec;30(4):266-94.
- Zylowska L, Ackerman DL, Yang MH, Futrell JL, Horton NL, Hale TS, et al. Mindfulness meditation training in adults and adolescents with ADHD: a feasibility study. *J Atten Disord.* 2008 May;11(6):737-46.

BIJLAGE V Classificatie mate van wetenschappelijk bewijs

Tabel 1. Beoordeling van methodologische kwaliteit van individuele studies

	Interventie	Diagnostisch accuratesse onderzoek	Schade of bijwerkingen, etiologie, prognose*
A1	Systematische review van tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau		
A2	Gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit van voldoende omvang	Onderzoek ten opzichte van een referentietest (een 'gouden standaard') met tevoren gedefinieerde afkapwaarden en onafhankelijke beoordeling van de resultaten van test en gouden standaard, betreffende een voldoende grote serie van opeenvolgende patiënten die allen de index- en referentietest hebben gehad	Prospectief cohort onderzoek van voldoende omvang en follow-up, waarbij adequaat gecontroleerd is voor 'confounding' en selectieve follow-up voldoende is uitgesloten
B	Vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 (hieronder valt ook patiënt-controle onderzoek, cohort-onderzoek)	Onderzoek ten opzichte van een referentietest, maar niet met alle kenmerken die onder A2 zijn genoemd	Prospectief cohort onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 of retrospectief cohort onderzoek of patiënt-controle onderzoek
C	Niet-vergelijkend onderzoek		
D	Mening van deskundigen		

* Deze classificatie is alleen van toepassing in situaties waarin om ethische of andere redenen gecontroleerde trials niet mogelijk zijn. Zijn die wel mogelijk dan geldt de classificatie voor interventies.

Tabel 2. Niveau van conclusie

	Conclusie gebaseerd op
1	Onderzoek van niveau A1 of tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A2
2	1 onderzoek van niveau A2 of tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B
3	1 onderzoek van niveau B of C
4	Mening van deskundigen

BIJLAGE VI Evidencetabellen systematisch literatuuronderzoek

Depressieve stoornissen

Eerste auteur, jaar van publicatie	Methoden
Piet, 2011	<p><i>Studietype:</i> Meta-analyse</p> <p><i>Doel studie:</i> Het evalueren van het effect van MBCT op preventie van terugval of recidief bij patiënten met een recidiverende depressieve stoornis in remissie</p> <p><i>Publicatiedatum geïncludeerde artikelen:</i> tot november 2010</p> <p><i>Inclusiecriteria:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - RCT's over MBCT voor de preventie van terugval bij recidiverende depressie (in remissie) - Engelstalige studies, gepubliceerd in 'peer-reviewed' wetenschappelijke tijdschriften - Studies met participanten \geq 18 jaar, gediagnosticeerd met een recidiverende depressieve stoornis, aan de hand van een formeel diagnostisch classificatie systeem - Studies waarin MBCT wordt toegepast volgens de methode van Segal et al. (New York, NY, US: Guilford Press, 2002) - Studies met als uitkomstmaat het aantal participanten dat voldoet aan de diagnostische criteria voor een nieuwe depressieve episode gedurende de follow-up duur van de studie <p><i>Exclusiecriteria:</i> Niet gerapporteerd</p> <p><i>Aantal geïncludeerde studies:</i> 6¹⁻⁶</p> <p><i>Range aantal patiënten:</i> 60-145</p> <p><i>Patiënten karakteristieken van de 6 geïncludeerde studies:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 74% van de participanten in de studies waren vrouwen (range 63-81%) - Gemiddelde leeftijd van de participanten in de studies: 46 jaar (range van gemiddelden 43-49 jaar) - Gemiddelde score op depressie bij aanvang van de studie was 4,9 op de HAM-D en 14,3 op de BDI (versie I of II) - \geq 2 depressieve episodes (n=2) of \geq 3 depressieve episodes (n=4) - Gemiddelde leeftijd eerste depressieve episode: 28,3 jaar - 96% van de participanten in de studies had antidepressieve medicatie gebruikt; in 3 studies hadden de participanten tot minimaal 3 maanden voor aanvang van de studie geen antidepressieve medicatie gebruikt, in 2 studies hadden de participanten tot minimaal 6 maanden voorafgaand aan de studie antidepressieve medicatie gebruikt <p><i>Meetinstrumenten depressieve symptomen:</i> HAM-D²⁻⁶; MADRS¹; BDI¹⁻⁶; BDI-II¹⁻³</p> <p><i>Definities:</i> Alle studies maakten bij het rapporteren over terugval/recidief bij depressie gebruik van DSM-III-R of DSM-IV criteria</p> <p><i>Soort interventies:</i> MBCT; MBCT + standaardbehandeling (TAU)</p> <p><i>Vergelijkende behandelingen:</i> TAU; voortzetten antidepressieve medicatie ('Maintenance antidepressant medication' (m-ADM)); placebo pil + begeleiding (PLA)</p> <p><i>Aantal sessies:</i> 8 sessies</p> <p><i>Range follow-up duur:</i> 14-18 maanden</p>

Resultaten		Conclusie auteurs				Commentaar		Bewijsklasse																																																																																																																																																																																								
<p>Risico op terugval bij MBCT en controlegroep</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Studie/subgroep</th> <th colspan="2">MBCT (n)</th> <th colspan="2">Controlegroep (n)</th> <th rowspan="2">Gewicht</th> <th rowspan="2">Relatief Risico (95% BI)</th> </tr> <tr> <th>Terugval</th> <th>Totaal</th> <th>Terugval</th> <th>Totaal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="7">MBCT + TAU vs. TAU</td> </tr> <tr> <td>Bondolfi, 2010¹</td> <td>9 (33,3%)</td> <td>27</td> <td>10 (35,7%)</td> <td>28</td> <td>8,6%</td> <td>0,93 (0,45-1,93)</td> </tr> <tr> <td>Godfrin, 2010²</td> <td>12 (30,0%)</td> <td>40</td> <td>32 (68,1%)</td> <td>47</td> <td>17,3%</td> <td>0,44 (0,26-0,74)</td> </tr> <tr> <td>Ma, 2004⁴</td> <td>14 (38,9%)</td> <td>36</td> <td>23 (62,2%)</td> <td>37</td> <td>19,7%</td> <td>0,63 (0,39-1,01)</td> </tr> <tr> <td>Teasdale, 2000⁶</td> <td>31 (43,7%)</td> <td>71</td> <td>38 (57,6%)</td> <td>66</td> <td>40,3%</td> <td>0,76 (0,54-1,06)</td> </tr> <tr> <td>Subtotaal</td> <td>66 (37,9%)</td> <td>174</td> <td>103 (57,9%)</td> <td>178</td> <td>85,9%</td> <td>0,66 (0,50-0,87)</td> </tr> <tr> <td colspan="7">MBCT vs. PLA</td> </tr> <tr> <td>Segal, 2010⁵</td> <td>10 (38,5%)</td> <td>26</td> <td>18 (60,0%)</td> <td>30</td> <td>14,1%</td> <td>0,64 (0,36-1,13)</td> </tr> <tr> <td>Totaal</td> <td>76 (38,0%)</td> <td>200</td> <td>121 (58,2%)</td> <td>208</td> <td>100%</td> <td>0,66 (0,53-0,82)</td> </tr> </tbody> </table> <p>Heterogeniteit: $Tau^2=0,00$; $Chi^2=3,97$, $df=4$ ($p=0,41$); $I^2=0\%$; Test voor overall effect: $Z=3,81$ ($p<0,0001$); Test voor verschillen tussen subgroepen: $Chi^2=0,01$, $df=1$ ($p=0,94$), $I^2=0\%$</p>									Studie/subgroep	MBCT (n)		Controlegroep (n)		Gewicht	Relatief Risico (95% BI)	Terugval	Totaal	Terugval	Totaal	MBCT + TAU vs. TAU							Bondolfi, 2010 ¹	9 (33,3%)	27	10 (35,7%)	28	8,6%	0,93 (0,45-1,93)	Godfrin, 2010 ²	12 (30,0%)	40	32 (68,1%)	47	17,3%	0,44 (0,26-0,74)	Ma, 2004 ⁴	14 (38,9%)	36	23 (62,2%)	37	19,7%	0,63 (0,39-1,01)	Teasdale, 2000 ⁶	31 (43,7%)	71	38 (57,6%)	66	40,3%	0,76 (0,54-1,06)	Subtotaal	66 (37,9%)	174	103 (57,9%)	178	85,9%	0,66 (0,50-0,87)	MBCT vs. PLA							Segal, 2010 ⁵	10 (38,5%)	26	18 (60,0%)	30	14,1%	0,64 (0,36-1,13)	Totaal	76 (38,0%)	200	121 (58,2%)	208	100%	0,66 (0,53-0,82)	<p>Risico op terugval bij MBCT en controlegroep, bij participanten met ≥ 3 depressieve episodes</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Studie/ subgroep</th> <th colspan="2">MBCT (n)</th> <th colspan="2">Controlegroep (n)</th> <th rowspan="2">Gewicht</th> <th rowspan="2">Relatief Risico (95% BI)</th> </tr> <tr> <th>Terugval</th> <th>Totaal</th> <th>Terugval</th> <th>Totaal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="7">MBCT + TAU vs. TAU</td> </tr> <tr> <td>Bondolfi, 2010¹</td> <td>9 (33,3%)</td> <td>27</td> <td>10 (35,7%)</td> <td>28</td> <td>9,8%</td> <td>0,93 (0,45-1,93)</td> </tr> <tr> <td>Godfrin, 2010²</td> <td>12 (30,0%)</td> <td>40</td> <td>32 (68,1%)</td> <td>47</td> <td>19,8%</td> <td>0,44 (0,26-0,74)</td> </tr> <tr> <td>Ma, 2004⁴</td> <td>10 (35,7%)</td> <td>28</td> <td>21 (77,8%)</td> <td>27</td> <td>18,1%</td> <td>0,46 (0,27-0,79)</td> </tr> <tr> <td>Teasdale, 2000⁶</td> <td>22 (40,0%)</td> <td>55</td> <td>33 (66,0%)</td> <td>50</td> <td>36,1%</td> <td>0,61 (0,41-0,89)</td> </tr> <tr> <td>Subtotaal</td> <td>53 (35,3%)</td> <td>150</td> <td>96 (63,2%)</td> <td>152</td> <td>83,8%</td> <td>0,56 (0,42-0,73)</td> </tr> <tr> <td colspan="7">MBCT vs. PLA</td> </tr> <tr> <td>Segal, 2010⁵</td> <td>10 (38,5%)</td> <td>26</td> <td>18 (60,0%)</td> <td>30</td> <td>16,2%</td> <td>0,64 (0,36-1,13)</td> </tr> <tr> <td>Totaal</td> <td>63 (35,8%)</td> <td>176</td> <td>114 (62,6%)</td> <td>182</td> <td>100%</td> <td>0,57 (0,45-0,72)</td> </tr> </tbody> </table> <p>Heterogeniteit: $Tau^2=0,00$; $Chi^2=3,62$, $df=4$ ($p=0,46$); $I^2=0\%$; Test voor overall effect: $Z=4,83$ ($p<0,00001$); Test voor verschillen tussen subgroepen: $Chi^2=0,19$, $df=1$ ($p=0,66$), $I^2=0\%$</p>									Studie/ subgroep	MBCT (n)		Controlegroep (n)		Gewicht	Relatief Risico (95% BI)	Terugval	Totaal	Terugval	Totaal	MBCT + TAU vs. TAU							Bondolfi, 2010 ¹	9 (33,3%)	27	10 (35,7%)	28	9,8%	0,93 (0,45-1,93)	Godfrin, 2010 ²	12 (30,0%)	40	32 (68,1%)	47	19,8%	0,44 (0,26-0,74)	Ma, 2004 ⁴	10 (35,7%)	28	21 (77,8%)	27	18,1%	0,46 (0,27-0,79)	Teasdale, 2000 ⁶	22 (40,0%)	55	33 (66,0%)	50	36,1%	0,61 (0,41-0,89)	Subtotaal	53 (35,3%)	150	96 (63,2%)	152	83,8%	0,56 (0,42-0,73)	MBCT vs. PLA							Segal, 2010 ⁵	10 (38,5%)	26	18 (60,0%)	30	16,2%	0,64 (0,36-1,13)	Totaal	63 (35,8%)	176	114 (62,6%)	182	100%	0,57 (0,45-0,72)	<p>Conclusie auteurs</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het overall relatieve risico voor terugval/recidief in de MBCT versus de controlegroepen van 0,66 was zeer significant, wat er op duidt dat MBCT (toegevoegd aan TAU) een effectieve interventie is bij het voorkomen van terugval bij recidiverende depressie. De relatieve risicoreductie was 34% in het voordeel van MBCT; in de MBCT groepen was er in 38% van de gevallen sprake van terugval, vergeleken met 58% in de controlegroepen - Het grootste verschil werd gevonden bij participanten met 3 of meer depressieve episodes, met een percentage terugval in de MBCT groepen van 36%, vergeleken met 63% in de controlegroepen (relatieve risicoreductie 43%) - Bij participanten met 2 depressieve episodes lijkt er echter een lagere kans op terugval te zijn in de TAU groep, vergeleken met de MBCT groep (relatieve risicoreductie 49%); maar dit is onderzocht op basis van een subgroep analyse van 50 participanten met 2 depressieve episodes en het resultaat was borderline significant 									<p>Commentaar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Er is geen formeel protocol ontwikkeld voorafgaand aan de uitvoer van de review - Alleen gepubliceerde studies zijn meegenomen in de review - Er is een relatief klein aantal RCT's beschikbaar, waardoor het lastig is om subgroep analyses te maken - Er is geen psychologische placebo beschikbaar die vergelijkbaar is met MBCT, wat het moeilijk maakt om conclusies te trekken over de specifieke effecten van MBCT - De standaardbehandelingen die gegeven worden in de MBCT en controlegroepen zijn niet gespecificeerd, waardoor het niet mogelijk is om na te gaan of deze standaardbehandelingen vergelijkbaar zijn. De standaardbehandeling kan ook effect hebben op de uitkomstmaten 									<p>Bewijsklasse</p> <p>B</p>								
Studie/subgroep	MBCT (n)		Controlegroep (n)		Gewicht	Relatief Risico (95% BI)																																																																																																																																																																																										
	Terugval	Totaal	Terugval	Totaal																																																																																																																																																																																												
MBCT + TAU vs. TAU																																																																																																																																																																																																
Bondolfi, 2010 ¹	9 (33,3%)	27	10 (35,7%)	28	8,6%	0,93 (0,45-1,93)																																																																																																																																																																																										
Godfrin, 2010 ²	12 (30,0%)	40	32 (68,1%)	47	17,3%	0,44 (0,26-0,74)																																																																																																																																																																																										
Ma, 2004 ⁴	14 (38,9%)	36	23 (62,2%)	37	19,7%	0,63 (0,39-1,01)																																																																																																																																																																																										
Teasdale, 2000 ⁶	31 (43,7%)	71	38 (57,6%)	66	40,3%	0,76 (0,54-1,06)																																																																																																																																																																																										
Subtotaal	66 (37,9%)	174	103 (57,9%)	178	85,9%	0,66 (0,50-0,87)																																																																																																																																																																																										
MBCT vs. PLA																																																																																																																																																																																																
Segal, 2010 ⁵	10 (38,5%)	26	18 (60,0%)	30	14,1%	0,64 (0,36-1,13)																																																																																																																																																																																										
Totaal	76 (38,0%)	200	121 (58,2%)	208	100%	0,66 (0,53-0,82)																																																																																																																																																																																										
Studie/ subgroep	MBCT (n)		Controlegroep (n)		Gewicht	Relatief Risico (95% BI)																																																																																																																																																																																										
	Terugval	Totaal	Terugval	Totaal																																																																																																																																																																																												
MBCT + TAU vs. TAU																																																																																																																																																																																																
Bondolfi, 2010 ¹	9 (33,3%)	27	10 (35,7%)	28	9,8%	0,93 (0,45-1,93)																																																																																																																																																																																										
Godfrin, 2010 ²	12 (30,0%)	40	32 (68,1%)	47	19,8%	0,44 (0,26-0,74)																																																																																																																																																																																										
Ma, 2004 ⁴	10 (35,7%)	28	21 (77,8%)	27	18,1%	0,46 (0,27-0,79)																																																																																																																																																																																										
Teasdale, 2000 ⁶	22 (40,0%)	55	33 (66,0%)	50	36,1%	0,61 (0,41-0,89)																																																																																																																																																																																										
Subtotaal	53 (35,3%)	150	96 (63,2%)	152	83,8%	0,56 (0,42-0,73)																																																																																																																																																																																										
MBCT vs. PLA																																																																																																																																																																																																
Segal, 2010 ⁵	10 (38,5%)	26	18 (60,0%)	30	16,2%	0,64 (0,36-1,13)																																																																																																																																																																																										
Totaal	63 (35,8%)	176	114 (62,6%)	182	100%	0,57 (0,45-0,72)																																																																																																																																																																																										

- Twee studies onderzochten terugval bij patiënten met 2 depressieve episodes (n=50). Het overall relatieve risico van 0,51 (95% BI 0,25-1,05) liet een trend zien in het voordeel van TAU ten opzichte van MBCT+TAU ($Z=1,82$; $p=0,07$). Het percentage terugval was 27% in de TAU groep en 54% in de MBCT+TAU groep^{4,6}

Resultaten		Conclusie auteurs				Commentaar		Bewijsklasse	
Risico op terugval bij MBCT en controlegroep									
Studie/subgroep	MBCT (n)		m-ADM (n)		Gewicht	Relatief Risico (95% BI)			
	Terugval	Totaal	Terugval	Totaal					
MBCT vs. m-ADM									
Kuyken, 2008 ³	29 (47,5%)	61	37 (59,7%)	62	78,0%	0,80 (0,57-1,11)			
Segal, 2010 ⁵	10 (38,5%)	26	13 (46,4%)	28	22,0%	0,83 (0,44-1,55)			
Totaal	39 (44,8%)	87	50 (55,6%)	90	100%	0,80 (0,60-1,08)			
Heterogeniteit: Tau ² =0,00; Chi ² =0,01, df=1 (p=0,91); I ² =0%; Test voor overall effect: Z=1,45 (p=0,15)									

BI: Betrouwbaarheidsinterval; BDI: Beck Depression Inventory; HAMD-D: Hamilton Depression Rating Scale; m-ADM: Maintenance antidepressant medication; MADRS: Montgomery-Asberg Depression Rating Scale; MBCT: Mindfulness Based Cognitive Therapie; PLA: placebo pil + begeleiding; RCT: Randomized-controlled trial; TAU: treatment as usual

¹ Bondolfi et al., Journal of Affective Disorders, 2010

² Godfrin et al., Behaviour Research and Therapy, 2010

³ Kuyken et al., Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2008

⁴ Ma et al., Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2004

⁵ Segal et al., Archives of General Psychiatry, 2010

⁶ Teasdale et al., Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2000

<p>Eerste auteur, jaar van publicatie Klaimin-Yobas, 2012</p>	<p>Methoden</p> <p><i>Studietype:</i> Meta-analyse</p> <p><i>Doel studie:</i> Het onderzoeken van de effectiviteit van mindfulness-based interventies op depressieve symptomen bij mensen met diverse psychische stoornissen</p> <p><i>Publicatiedatum geïncludeerde artikelen:</i> 1995-2011</p> <p><i>Inclusiecriteria:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - RCT's, andere experimentele studies en quasi-experimentele studies - Engelstalige studies - Studies met volwassen patiënten (18-65 jaar), gediagnosticeerd met een psychische stoornis volgens DSM-IV-TR of ICD criteria - Studies die het effect van mindfulness-based interventies op depressieve symptomen meten; individuele of groep settings - Studies die depressieve symptomen meten aan de hand van zelfgerapporteerde of door de behandelaar ingevulde vragenlijsten - Studies met (wanneer van toepassing) controlegroepen die een standaardbehandeling ('Treatment as usual' (TAU)), medicatie, andere vormen van psychotherapie of aanvullende therapie krijgen <p><i>Exclusiecriteria:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Studies met methoden van onvoldoende validiteit/betrouwbaarheid - Studies die gebruikmaken van internetbehandelingen waarbij het overbrengen van kennis niet kon worden bevestigd - Studies met overlappende samples waarbij de resultaten voor de volwassenen niet apart worden gerapporteerd - Studies die geen effectgroottes en/of een adequate statistische berekening voor een effectgrootte rapporteren <p><i>Aantal geïncludeerde studies:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - In totaal werden 39 studies over mindfulness-based interventies geïncludeerd in de meta-analyse, waarvan 30¹⁻³⁰ studies over MBCT of MBSR (22 studies over MBCT en 8 studies over MBSR^{1,3,6,10,14,20,25,26}) <p><i>Range aantal patiënten:</i> 10-145</p> <p><i>Patiënten karakteristieken:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Gediagnosticeerde psychische en psychologische problemen^{3,20} - Verschillende psychische stoornissen¹¹ - Stemmingsstoornis⁶ - Depressieve stoornis^{13,23,24,29} - Chronische depressieve stoornis¹⁸ - Depressieve stoornis (in remissie)^{5,15} - Depressieve stoornis (in herstel/remissie)² - Recidiverende depressieve stoornis^{4,7,19,27} - Depressieve stoornis met suïcidale gedachten¹² - Depressieve stoornis met suïcidale gedachten (in remissie/herstel)²² - Depressieve stoornis/ bipolaire stoornis, depressieve episode^{8,30} - Depressieve stoornis/ bipolaire stoornis (in herstel)¹⁷ - Angststoornissen¹⁶ - Generaliseerde angststoornis^{14,21,25} - Generaliseerde angststoornis/paniekstoornis¹ - Sociale fobie¹⁰ - Hypochondrie²⁸ - Seksueel misbruik in de jeugd²⁶ <p><i>Meetinstrumenten depressieve symptomen:</i> BDI^{1,2,5,6,8,9,10,11,13,17,18,20,21,22,24}; BDI-II^{7,12,14,15,23,25,26,28,29,30}; HRSD^{1,2,5,15,16,21,24,27}; POMS_dep³; SCL-90_Dep³; DASS¹¹; SCID-II^{2,4,5}; SCID-IV^{15,19,27}</p>
--	---

Eerste auteur, jaar van publicatie	Methoden
	Soort interventies: MBCT (n=17); MBCT + standaardbehandeling (TAU) (n=3); MBCT + antidepressieve medicatie (n=1); MBCT + medicatie (n=1); MBSR (n=8) Vergelijkende behandelingen: TAU; Cognitieve Gedragstherapie (CGT); antidepressieve medicatie; psycho-educatie + medicatie; medicatie; geen vergelijkende conditie Aantal sessies: 8 (wekelijkse) sessies Range follow-up duur: Niet gerapporteerd

Resultaten	Conclusie auteurs	Commentaar	Bewijsklasse									
<p><i>Gemiddelde effectgroottes ('within-group' vergelijkingen)</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Interventie</th> <th>Gemiddelde effectgrootte (95% BI)</th> <th>p-waarde</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MBCT*</td> <td>0.58 (0.49-0.68)</td> <td>0.001</td> </tr> <tr> <td>MBSR</td> <td>1.92 (1.01-2.83)</td> <td>0.001</td> </tr> </tbody> </table> <p>* MBCT n=17; MBCT+TAU n=3; MBCT + antidepressieve medicatie n=1; MBCT + medicatie n=1</p>	Interventie	Gemiddelde effectgrootte (95% BI)	p-waarde	MBCT*	0.58 (0.49-0.68)	0.001	MBSR	1.92 (1.01-2.83)	0.001	<p>- Voor MBSR werd een grote effectgrootte gevonden, wat erop zou duiden dat MBSR effectief lijkt in het verminderen van depressieve symptomen bij personen met psychische stoornissen</p> <p>- De effectiviteit van MBSR was vergelijkbaar met de effectiviteit van CGT</p> <p>- De gevonden effectgrootte van MBCT was middelmatig</p>	<p>- 13 van de geïncludeerde 22 studies waren RCT's; 13 waren quasi experimentele studies en 4 niet-gerandomiseerde klinische trials</p> <p>- 5 van de MBSR studies hadden kleine patiëntenpopulatie (n < 22) en 6 van de MBCT studies hadden kleine patiëntenpopulatie (n < 31)</p> <p>- De standaardbehandelingen die gegeven worden in de MBCT/MBSR en controlegroepen zijn niet gespecificeerd, waardoor het niet mogelijk is om na te gaan of deze standaardbehandelingen vergelijkbaar zijn. De standaardbehandeling kan ook effect hebben op de uitkomstmaten</p> <p>- Het is niet mogelijk om de effectiviteit van MBSR en MBCT met elkaar te vergelijken, omdat deze therapieën niet gelijktijdig zijn onderzocht in dezelfde studies</p> <p>- MBCT is in de geïncludeerde studies niet alleen toegepast bij mensen met een depressieve stoornis, maar ook bij andere psychische stoornissen; hierdoor kan het effect van MBCT verkleind worden</p>	B/C
Interventie	Gemiddelde effectgrootte (95% BI)	p-waarde										
MBCT*	0.58 (0.49-0.68)	0.001										
MBSR	1.92 (1.01-2.83)	0.001										

BI: Betrouwbaarheidsinterval; BDI: Beck Depression Inventory; CGT: Cognitieve gedragstherapie; DASS: Depression Anxiety Stress Scale; DSM: Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders; HRSD: Hamilton Rating Scale for Depression; ICD: International Classification of Diseases; ITT: Intent-to-treat; MBCT: Mindfulness Based Cognitive Therapie; MBSR: Mindfulness Based Stress Reduction; POMS_dep: Profile of Moods Scale (Depression subscale); RCT: Randomized-controlled trial; SCID: Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID-III) or DSM-IV Disorders (SCID-IV); SCL-90_Dep: Symptom Checklist-90 (Depression subscale); TAU: Treatment as usual

- 1 Miller et al., General Hospital Psychiatry, 1995
- 2 Teasdale et al., Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2000
- 3 Reibel et al., General Hospital Psychiatry, 2001
- 4 Teasdale et al., Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2002
- 5 Ma et al., Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2004
- 6 Ramel et al., Cognitive Therapy and Research, 2004
- 7 Finucane et al., BMC Psychiatry, 2006
- 8 Kenny et al., Behavior Research and Therapy, 2007
- 9 Kingston et al., Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 2007
- 10 Koszycki et al., Behavior Research and Therapy, 2007
- 11 Ree et al., Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 2007
- 12 Crane et al., Cognitive Therapy & Research, 2008
- 13 Eisendrath et al., Psychotherapy and Psychosomatic, 2008
- 14 Evans et al., Journal of Anxiety Disorder, 2008
- 15 Kuyken et al., Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2008

- ¹⁶ Yook et al., Journal of Nervous and Mental Disease, 2008
- ¹⁷ Williams et al., Journal of Affective Disorder, 2008
- ¹⁸ Barnhofer et al., Behavioral Research and Therapy, 2009
- ¹⁹ Bondolfi et al., Journal of Affective Disorders, 2009
- ²⁰ Deyo et al., Explore, 2009
- ²¹ Kim et al., Depression and Anxiety, 2009
- ²² Hepburn et al., British Journal of Clinical Psychology, 2009
- ²³ Raes et al., Behavior Research and Therapy, 2009
- ²⁴ Godfrin et al., Behaviour Research and Therapy, 2010
- ²⁵ Goldin et al., Emotion, 2010
- ²⁶ Kimbrough et al., Journal of Clinical Psychology, 2010
- ²⁷ Kuyken et al., Behaviour Research and Therapy, 2010
- ²⁸ Lovas et al., Journal of Anxiety Disorders, 2010
- ²⁹ Manicavasgar et al., Journal of Affective Disorder, 2010
- ³⁰ Mathew et al., Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 2010

Eerste auteur, jaar van publicatie	Type onderzoek, jaartal uitvoering, land	Aantal patiënten en indicatie	Interventie en vergelijkende behandeling	Methode
Van Aalderen, 2012	RCT, jaartal uitvoering niet gerapporteerd, Nederland	<p>Aantal patiënten en indicatie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patiënten met ≥ 3 voorgaande depressieve episoden met (n=136) en zonder (n=69) huidige depressie - Participanten werden doorverwezen door hun huisarts, psychiater of psycholoog en geworven via lokale en nationale advertenties - n=205 intention-to-treat - n=191 complete studie voltooid <p>Inclusie criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ≥ 3 voorgaande depressieve episoden o.b.v. DSM-IV criteria - Patiënten die antidepressiva gebruikten, moesten minstens 6 weken op een stabiele dosis zitten en deze dosis handhaven gedurende de studie <p>Exclusie criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ≥ 1 voorgaande (hypo)manische episoden o.b.v. DSM-IV criteria - Huidig alcohol en/of drugs misbruik - Urgente psychiatrische behandeling noodzakelijk, bv. voor suicidaliteit of psychotische symptomen - Problemen met groeps participatie, bv. ernstige borderline persoonlijkheidsstoornis - Problemen met het invullen van vragenlijsten, bv. cognitief disfunctioneren 	<p>Interventie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - MBCT & standaardbehandeling - Aantal sessies MBCT: 8 wekelijkse sessies van 2,5 uur - n=102 intention-to-treat - n=93 studie voltooid <p>Vergelijkende behandeling:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Standaardbehandeling - Na een wachtlijstperiode van 3 maanden nam de controlegroep ook deel aan MBCT - n=103 intention-to-treat - n= 98 studie voltooid 	<p>Meetinstrumenten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestandaardiseerd interview: HAMD - Zelfgerapporteerde maten voor mentale gezondheid: BDI, RSS, PSWQ, KIMS, WHOQOL-Bref - Dagboeken over de training <p>Duur studie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 12 maanden <p>Meetmomenten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Start studie - Pre-test - Post-test - Follow-up (3 maanden) - Follow-up (6 maanden) - Follow-up (9 maanden) - Follow-up (12 maanden)

Resultaten	Conclusie auteurs	Commentaar	Bewijsklasse
<p>Totale groep</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aan het einde van de behandel/wachtlijst periode hadden patiënten in de MBCT groep significant minder depressieve symptomen i.v.m. de controlegroep. De effectgrootte was middelmatig (HAMD: Cohen's $d=0,53$; BDI: Cohen's $d=0,50$) - Met betrekking tot depressieve symptomen verbeterden er niet alleen meer mensen in de MBCT versus de controlegroep, ook verslechterden er minder mensen in de MBCT versus de controlegroep - Patiënten in de MBCT groep maakten zich i.v.m. de controlegroep significant minder zorgen (Cohen's $d=0,43$; klein effect), peinsden significant minder (Cohen's $d=0,50$; middelmatig effect), hadden significant meer mindfulness vaardigheden (Cohen's $d=0,20-0,74$; klein tot middelmatig effect), en een significant betere score voor het psychische domein van kwaliteit van leven (Cohen's $d=0,36$; klein effect) <p>Patiënten met/zonder huidige depressieve episode</p> <ul style="list-style-type: none"> - MBCT resulteerde in een vergelijkbare afname van depressieve symptomen bij patiënten met en zonder een huidige depressieve episode (Cohen's $d=0,53-0,58$; middelmatig effect) - Additionele analyses suggereerden dat deze reductie van depressieve symptomen werd veroorzaakt door een afname van zich zorgen maken (Cohen's $d=0,45-0,49$; klein effect) en peinzen (Cohen's $d=0,46-0,59$; klein tot middelmatig effect) 	<ul style="list-style-type: none"> - MBCT lijkt effectief in het verbeteren van symptomen bij patiënten met 3 of meer voorgaande depressieve episoden en daarbij lijkt MBCT even effectief voor patiënten met of zonder huidige depressie 	<ul style="list-style-type: none"> - De onderzoeksoepzet was pragmatisch, waardoor er een negatief effect kan zijn ontstaan in de controlegroep door de wachtlijstperiode met meer symptomen als gevolg - De meeste patiënten hadden zich vrijwillig aangemeld voor de studie, waardoor er sprake kan zijn van selectiebias - Er is gebruik gemaakt van een standaardbehandeling controlegroep i.p.v. een actieve controlegroep, wat (in verband met aandachtsc component en groepseffect) confounding kan veroorzaken - De standaardbehandelingen die gegeven worden in de MBCT en controlegroep zijn niet gespecificeerd, waardoor het niet mogelijk is om na te gaan of deze standaardbehandelingen vergelijkbaar zijn. De standaardbehandeling kan ook effect hebben op de uitkomstmaten - De follow-up resultaten zijn nog niet meegenomen in deze publicatie 	B

BDI: Beck Depression Inventory; HAMD: Hamilton Rating Scale for Depression; KIMS: Kentucky Inventory of Mindfulness; MBCT: Mindfulness-based Cognitive Therapy; PSWQ: Penn State Worry Questionnaire; RCT: Randomized Controlled Trial; RSS: Rumination on Sadness Scale; WHOQOL-Bref: World Health Organization Quality of Life, self-report questionnaire

Eerste auteur, jaar van publicatie	Type onderzoek, jaartal uitvoering, land	Aantal patiënten en indicatie	Interventie en vergelijkende behandeling	Methode
Geschwind, 2012	RCT, januari 2008-augustus 2009, Nederland	<p>- Patiënten met depressieve restsymptomen (poliklinische patiënten) en door poststers op te hangen op openbare plaatsen, waarbij mindfulness training werd aangeboden aan personen met milde depressieve klachten, in het kader van een onderzoeksproject</p> <p>- n=130 intention-to-treat</p> <p>- n=123 studie voltooid</p> <p><i>Inclusiecriteria:</i></p> <p>- Volwassenen met depressieve restsymptomen, na minstens 1 depressieve episode van een depressieve stroomis</p> <p><i>Exclusiecriteria:</i></p> <p>- Voldoen aan de criteria voor een huidige depressieve episode, schizofrenie, psychotische episodes in het afgelopen jaar en recente (afgelopen 4 weken) veranderingen in de psychologische of farmacologische behandeling</p> <p><i>Definities:</i></p> <p>Restsymptomen werden gedefinieerd als een score van 7 of hoger op de HRSD op het moment van screenen</p>	<p><i>Interventie:</i></p> <p>- MBCT & standaardbehandeling</p> <p>- 8 wekelijkse sessies van 2,5 uur</p> <p>- n=64 intention-to-treat</p> <p>- n=57 studie voltooid</p> <p><i>Vergelijkende behandeling:</i></p> <p>- Voortzetten standaard behandeling (wanneer van toepassing; wachtlijst); participanten werd aangeboden om na de post-test deel te nemen aan MBCT</p> <p>- n=66 intention-to-treat</p> <p>- n=66 studie voltooid</p>	<p><i>Meetinstrumenten:</i></p> <p>- Vaststellen depressieve symptomen: HRSD</p> <p>- Zelfrapportage: IDS</p> <p><i>Duur studie:</i></p> <p>19 maanden</p> <p><i>Meetmomenten:</i></p> <p>- Pre-test</p> <p>- Post-test</p> <p>- Follow-up (6 & 12 maanden na de interventie, alleen MBCT groep)</p>

Resultaten	Conclusie auteurs	Commentaar	Bewijsklasse																																																																		
<p>Behandeleffect MBCT</p> <p>- MBCT was significant beter in vergelijking met de controlegroep in het verminderen van depressieve restsymptomen ($\beta=-0.56$; 95% BI -0,87,-0,25; $p<0.001$)</p> <p>- In de MBCT groep namen de depressieve restsymptomen na de interventie (post-test) met ongeveer 30-35% af, in de controlegroep met ongeveer 10%</p> <p>- Er werd geen significant sterker effect van MBCT op depressieve restsymptomen gevonden bij personen met 3 eerdere depressieve episodes (range Cohen's d 0.5-0.6, middelmatig effect), vergeleken met personen met 1 of 2 depressieve episodes (range Cohen's d 0.5-0.9, middelmatig tot groot effect).</p> <p>Gemiddelde score (sd) depressieve restsymptomen en effectgroottes van MBCT vs. wachtlijst</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Meet-instrument</th> <th colspan="2">Wachtlijst</th> <th colspan="2">pre</th> <th colspan="2">post</th> <th colspan="2">6 mnd</th> <th colspan="2">12 mnd</th> <th rowspan="2">Cohen's d</th> </tr> <tr> <th>pre</th> <th>post</th> <th>pre</th> <th>post</th> <th>pre</th> <th>post</th> <th>pre</th> <th>post</th> <th>pre</th> <th>post</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HRSD</td> <td>10,5 (3,7)</td> <td>9,8 (4,1)</td> <td>9,6 (3,2)</td> <td>5,9 (4,2)</td> <td>6,5 (4,8)</td> <td>5,3 (3,6)</td> <td>6,5 (4,8)</td> <td>5,3 (3,6)</td> <td>32,3-44,8%</td> <td>0,9</td> </tr> <tr> <td>IDS</td> <td>23,8 (8,8)</td> <td>20,3 (9,9)</td> <td>19,3 (9,4)</td> <td>11,4 (8,9)</td> <td>14,4 (10,8)</td> <td>11,7 (8,1)</td> <td>14,4 (10,8)</td> <td>11,7 (8,1)</td> <td>25,4-40,9%</td> <td>0,5</td> </tr> <tr> <td>3 of meer episodes</td> <td>9,9 (3,4)</td> <td>9,5 (4,0)</td> <td>11,1 (4,1)</td> <td>8,6 (5,1)</td> <td>9,1 (6,8)</td> <td>8,9 (5,0)</td> <td>9,1 (6,8)</td> <td>8,9 (5,0)</td> <td>18,0-22,5%</td> <td>0,5</td> </tr> <tr> <td>HRSD</td> <td>20,5 (8,2)</td> <td>17,9 (9,1)</td> <td>26,0 (11,1)</td> <td>18,6 (11,5)</td> <td>19,2 (13,5)</td> <td>20,0 (11,9)</td> <td>19,2 (13,5)</td> <td>20,0 (11,9)</td> <td>23,1-28,5%</td> <td>0,6</td> </tr> </tbody> </table>	Meet-instrument	Wachtlijst		pre		post		6 mnd		12 mnd		Cohen's d	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	HRSD	10,5 (3,7)	9,8 (4,1)	9,6 (3,2)	5,9 (4,2)	6,5 (4,8)	5,3 (3,6)	6,5 (4,8)	5,3 (3,6)	32,3-44,8%	0,9	IDS	23,8 (8,8)	20,3 (9,9)	19,3 (9,4)	11,4 (8,9)	14,4 (10,8)	11,7 (8,1)	14,4 (10,8)	11,7 (8,1)	25,4-40,9%	0,5	3 of meer episodes	9,9 (3,4)	9,5 (4,0)	11,1 (4,1)	8,6 (5,1)	9,1 (6,8)	8,9 (5,0)	9,1 (6,8)	8,9 (5,0)	18,0-22,5%	0,5	HRSD	20,5 (8,2)	17,9 (9,1)	26,0 (11,1)	18,6 (11,5)	19,2 (13,5)	20,0 (11,9)	19,2 (13,5)	20,0 (11,9)	23,1-28,5%	0,6	<p>- MBCT lijkt effectief in het verminderen van depressieve restsymptomen, ongeacht het aantal eerdere depressieve episodes</p>	<p>- Het was alleen mogelijk om MBCT met de controlegroep te vergelijken direct na de interventie, omdat participanten in de controlegroep MBCT werd aangeboden na de post-test</p> <p>- De ruime inclusiecriteria hebben geleid tot heterogeniteit als het gaat om huidige en eerdere behandelingen</p> <p>- Het open-label, non-geblindeerde design kan tot bias hebben geleid</p> <p>- MBCT werd niet gemonitord (therapietrouw, vaardigheid trainer)</p> <p>- Het rekruteren van participanten door poststers op openbare plekken kan hebben geleid tot zelfselectie bias</p> <p>- Er is gebruik gemaakt van een standaardbehandeling controlegroep i.p.v. een actieve controlegroep, wat (in verband met</p>	B
Meet-instrument		Wachtlijst		pre		post		6 mnd		12 mnd			Cohen's d																																																								
	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post																																																											
HRSD	10,5 (3,7)	9,8 (4,1)	9,6 (3,2)	5,9 (4,2)	6,5 (4,8)	5,3 (3,6)	6,5 (4,8)	5,3 (3,6)	32,3-44,8%	0,9																																																											
IDS	23,8 (8,8)	20,3 (9,9)	19,3 (9,4)	11,4 (8,9)	14,4 (10,8)	11,7 (8,1)	14,4 (10,8)	11,7 (8,1)	25,4-40,9%	0,5																																																											
3 of meer episodes	9,9 (3,4)	9,5 (4,0)	11,1 (4,1)	8,6 (5,1)	9,1 (6,8)	8,9 (5,0)	9,1 (6,8)	8,9 (5,0)	18,0-22,5%	0,5																																																											
HRSD	20,5 (8,2)	17,9 (9,1)	26,0 (11,1)	18,6 (11,5)	19,2 (13,5)	20,0 (11,9)	19,2 (13,5)	20,0 (11,9)	23,1-28,5%	0,6																																																											

Resultaten	Conclusie auteurs	Commentaar	Bewijsklasse
		<p>aandachtscomponent en groepseffect) confounding kan veroorzaken</p> <ul style="list-style-type: none"> - De standaardbehandelingen die gegeven worden in de MBCT en controlegroep zijn niet gespecificeerd, waardoor het niet mogelijk is om na te gaan of deze standaardbehandelingen vergelijkbaar zijn. De standaardbehandeling kan ook effect hebben op de uitkomstmaten - Baseline IDS scores tussen controlegroep en MBCT verschieden significant van elkaar 	

BI: Betrouwbaarheidsinterval; GGZ: Geestelijke gezondheidszorg; HRSD: Hamilton Rating Scale for Depression; IDS: Inventory of Depressive Symptoms; MBCT: Mindfulness Based Cognitive Therapy; SD: standaarddeviatie

Angststoornissen

Eerste auteur, jaar van publicatie	Methoden
Vøllestad, 2012	<p>Studietype: Meta-analyse</p> <p>Doel studie: Het evalueren van de effectiviteit van mindfulness en acceptatiegerichte interventies bij personen met angststoornissen</p> <p>Publicatiedatum geïncludeerde artikelen: tot juli 2010</p> <p>Inclusiecriteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klinische onderzoeken - Studies met n ≥ 10 - Gepubliceerd in 'peer-reviewed' wetenschappelijke tijdschriften in het Noors, Engels, Duits - Studies waarin mindfulness- of acceptatiegerichte interventies werden toegepast bij volwassen patiënten met angststoornissen als primaire diagnose (studies met patiënten met depressie als primaire diagnose werden ook geïncludeerd, mits een deel van de sample een angststoornis als primaire diagnose had en angstsymptomen als uitkomstmaat werden gebruikt) - Studies waarin diagnoses werden gesteld op basis van DSM-IV of ICD-10 criteria met gebruik van een gestructureerd klinisch interview <p>Exclusiecriteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Studies die het effect van mindfulness- of acceptatiegerichte interventies op angststoornissen onderzochten in non-klinische settings; in samples die samengesteld waren op basis van somatische stoornissen of in samples waarbij de angstsymptomatie alleen was vastgesteld aan de hand van zelfrapportage - Studies waarbij naast de mindfulness- of acceptatiegerichte interventies ook psychotherapie werd gegeven (studies waarbij naast de mindfulness- of acceptatiegerichte interventies ook sprake was van een psychofarmacologische behandeling werden wel geïncludeerd) <p>Aantal geïncludeerde studies:</p> <ul style="list-style-type: none"> - In totaal werden 19 studies over mindfulness of acceptatiegerichte interventies geïncludeerd in de meta-analyse, waarvan 13¹⁻¹³ studies over MBCT of MBSR (9 studies over MBCT en 4 studies over MBSR^{5,6,8,10}) <p>Range aantal patiënten: 10-53</p> <p>Patiënten karakteristieken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sociale fobie^{1,5,8,9} - Gegeneraliseerde angststoornis^{2,3} - Depressie en angst^{4,7,10,11} - Paniekstoornis en gegeneraliseerde angststoornis^{6,7,12} - Paniekstoornis¹³ <p>Meetinstrumenten angst: APPQ¹³, BAI^{2,3,4,6,7,9,10,13}, DASS^{2,11}, FNE¹, FNE¹, FS⁶, HAM-A^{7,8,12}, LSAS^{5,9}, MI⁶, PDDS¹³, PSWQ^{2,3,12}, SIAS^{8,9}, SPAI¹, SPS^{8,9}, STAI-S^{5,10}, SCL-90-A⁷</p> <p>Soort interventies: MBCT; MBCT + Task Concentration Training (TCT); MBSR</p> <p>Vergelijkende behandelingen: 9 studies hadden geen controlegroep, 2 studies maakten gebruik van een actieve controlegroep en 1 studie van een placebo controlegroep</p> <p>Range aantal sessies: 8-9</p> <p>Range follow-up duur: Alleen na behandeling -12 maanden</p>

Resultaten		Conclusie auteurs		Commentaar		Bewijsklasse																																																																								
<p><i>Effectgroottes voor angstsymptomen na behandeling</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Studie*</th> <th>MBCT/MBSR</th> <th>Aantal patiënten</th> <th>Hedges' g (95% BI)</th> <th>p-waarde</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bögels, 2006¹</td> <td>MBCT</td> <td>10</td> <td>0,81 (-0,09-1,71)</td> <td>0,078</td> </tr> <tr> <td>Craigie, 2008²</td> <td>MBCT</td> <td>23</td> <td>0,74 (0,13-1,35)</td> <td>0,018</td> </tr> <tr> <td>Evans, 2008³</td> <td>MBCT</td> <td>12</td> <td>1,02 (0,16-1,88)</td> <td>0,020</td> </tr> <tr> <td>Finucane, 2006⁴</td> <td>MBCT</td> <td>13</td> <td>0,76 (-0,07-1,58)</td> <td>0,073</td> </tr> <tr> <td>Goldin, 2009⁵</td> <td>MBSR</td> <td>16</td> <td>1,22 (0,48-1,96)</td> <td>0,001</td> </tr> <tr> <td>Kabat-Zinn, 1992⁶</td> <td>MBSR</td> <td>22</td> <td>0,98 (0,15-1,82)</td> <td>0,020</td> </tr> <tr> <td>Kim, 2009⁷</td> <td>MBCT</td> <td>46</td> <td>1,82 (1,11-2,53)</td> <td>0,000</td> </tr> <tr> <td>Koszycski, 2007⁸</td> <td>MBSR</td> <td>53</td> <td>1,08 (0,51-1,66)</td> <td>0,000</td> </tr> <tr> <td>Piet, 2010⁹</td> <td>MBCT</td> <td>26</td> <td>0,53 (-0,25-1,31)</td> <td>0,186</td> </tr> <tr> <td>Ramel, 2004¹⁰</td> <td>MBSR</td> <td>23</td> <td>0,29 (-0,29-0,86)</td> <td>0,334</td> </tr> <tr> <td>Ree, 2007¹¹</td> <td>MBCT</td> <td>26</td> <td>0,38 (-0,16-0,92)</td> <td>0,168</td> </tr> <tr> <td>Yook, 2008¹²</td> <td>MBCT</td> <td>19</td> <td>2,10 (1,29-2,90)</td> <td>0,000</td> </tr> </tbody> </table> <p>*Kim, 2010³ is niet meegenomen in de analyse, om een overschatting van het effect te voorkomen (afwijking van meer dan 3 SD's van het gepoolde gemiddelde van angstsymptomen)</p> <p>- Er is geen significant verschil in het effect op de reductie van angstsymptomen gevonden tussen MBCT (Hedges' g=1,03 (95% BI= 0,54-1,52) en MBSR (Hedges' g=0,86, 95% BI=0,41-1,31) ($Q_B=0,238$, $df=1$, $p=0,297$) $I^2_{Q_B}$= 'between-group' heterogeniteit</p>								Studie*	MBCT/MBSR	Aantal patiënten	Hedges' g (95% BI)	p-waarde	Bögels, 2006 ¹	MBCT	10	0,81 (-0,09-1,71)	0,078	Craigie, 2008 ²	MBCT	23	0,74 (0,13-1,35)	0,018	Evans, 2008 ³	MBCT	12	1,02 (0,16-1,88)	0,020	Finucane, 2006 ⁴	MBCT	13	0,76 (-0,07-1,58)	0,073	Goldin, 2009 ⁵	MBSR	16	1,22 (0,48-1,96)	0,001	Kabat-Zinn, 1992 ⁶	MBSR	22	0,98 (0,15-1,82)	0,020	Kim, 2009 ⁷	MBCT	46	1,82 (1,11-2,53)	0,000	Koszycski, 2007 ⁸	MBSR	53	1,08 (0,51-1,66)	0,000	Piet, 2010 ⁹	MBCT	26	0,53 (-0,25-1,31)	0,186	Ramel, 2004 ¹⁰	MBSR	23	0,29 (-0,29-0,86)	0,334	Ree, 2007 ¹¹	MBCT	26	0,38 (-0,16-0,92)	0,168	Yook, 2008 ¹²	MBCT	19	2,10 (1,29-2,90)	0,000	<p>- Alle studies laten een positief effect van MBSR op de reductie van angstsymptomen zien. De effectgroottes lopen uiteen van 0,29 tot 1,22; in 3 van de 4 studies was er sprake van een significant effect</p> <p>- Alle studies laten een positief effect van MBCT op de reductie van angstsymptomen zien. De effectgroottes lopen uiteen van 0,38 tot 2,10; in 4 van de 8 studies was er sprake van een significant effect</p>		<p>- 9 van de 12 geïncludeerde studies betroffen ongecontroleerde onderzoeken - Het aantal participanten was laag in een deel van de geïncludeerde studies (zie tabel resultaten)</p>		<p>B/C</p>	
Studie*	MBCT/MBSR	Aantal patiënten	Hedges' g (95% BI)	p-waarde																																																																										
Bögels, 2006 ¹	MBCT	10	0,81 (-0,09-1,71)	0,078																																																																										
Craigie, 2008 ²	MBCT	23	0,74 (0,13-1,35)	0,018																																																																										
Evans, 2008 ³	MBCT	12	1,02 (0,16-1,88)	0,020																																																																										
Finucane, 2006 ⁴	MBCT	13	0,76 (-0,07-1,58)	0,073																																																																										
Goldin, 2009 ⁵	MBSR	16	1,22 (0,48-1,96)	0,001																																																																										
Kabat-Zinn, 1992 ⁶	MBSR	22	0,98 (0,15-1,82)	0,020																																																																										
Kim, 2009 ⁷	MBCT	46	1,82 (1,11-2,53)	0,000																																																																										
Koszycski, 2007 ⁸	MBSR	53	1,08 (0,51-1,66)	0,000																																																																										
Piet, 2010 ⁹	MBCT	26	0,53 (-0,25-1,31)	0,186																																																																										
Ramel, 2004 ¹⁰	MBSR	23	0,29 (-0,29-0,86)	0,334																																																																										
Ree, 2007 ¹¹	MBCT	26	0,38 (-0,16-0,92)	0,168																																																																										
Yook, 2008 ¹²	MBCT	19	2,10 (1,29-2,90)	0,000																																																																										

APPQ: Albany Panic and Phobia Questionnaire; BAI: Beck Anxiety Inventory; BI: Betrouwbaarheidsinterval; DASS: Depression Anxiety Stress Scales; DSM: Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders; FNE: Fear of Negative Evaluation scale; FS: Fear Survey; HAM-A: Hamilton rating scale for anxiety; ICD: International Classification of Diseases; LSAS: Liebowitz Social Anxiety Scale; MBCT: Mindfulness Based Cognitive Therapie; MBSR: Mindfulness Based Stress Reduction; MI: Mobility Inventory; PDSS: Panic Disorder Severity scale; PSWQ: Penn State Worry Questionnaire; SCL-90-A: Symptom Checklist 90 Anxiety subscale; SIAS: Social Interaction Anxiety Scale; SPAI: Social Phobia and Anxiety Inventory; SPS: Social Phobia Scale; STAI-S: State Trait Anxiety /inventory; TCT: Task Concentration Training

¹ Bögels et al., Journal of Cognitive Psychotherapy, 2006
² Craigie et al., Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 2008
³ Evans et al., Journal of Anxiety Disorders, 2008
⁴ Finucane et al., BMC Psychiatry, 2006
⁵ Goldin et al., Journal of Cognitive Psychotherapy, 2009
⁶ Kabat-Zinn, American Journal of Psychiatry, 1992
⁷ Kim et al., Depression and Anxiety, 2009
⁸ Koszycski et al., Behavior Research and Therapy, 2007
⁹ Piet et al., Scandinavian Journal of Psychology, 2010
¹⁰ Ramel et al., Cognitive Therapy and Research, 2004
¹¹ Ree et al., Behavior Change, 2007
¹² Yook et al., Journal of Nervous and Mental Disease, 2008
¹³ Kim et al., Journal of Anxiety Disorders, 2010

Eerste auteur, jaar van publicatie	Type onderzoek, jaartal uitvoering, land	Aantal patiënten en indicatie	Interventie en vergelijkende behandeling	Methode
Jazaieri, 2012	RCT, jaartal uitvoering niet gerapporteerd, Verenigde Staten	<p>- Patiënten met generaliseerde sociale fobie</p> <p>- Participanten werden gewonnen door internet 'communities' en verwijzingen van instellingen voor de GGZ</p> <p>- n=56 intention-to-treat</p> <p>- n=30 studie voltooid</p> <p>Inclusiecriteria:</p> <p>Volwassenen die voldeden aan de DSM-IV criteria voor generaliseerde sociale fobie, vastgesteld door klinische psychologen aan de hand van de ADIS-IV-L (als primaire diagnose)</p> <p>Exclusiecriteria:</p> <p>- Huidige farmacologische therapie/ psychotherapie</p> <p>- Patiënten met medische aandoeningen/ hoofdtrauma</p> <p>- Patiënten met huidige andere psychiatrische aandoeningen (behalve generaliseerde angststoornis, depressieve stoornis, obsessief-compulsieve stoornis, agorafobie zonder paniekaanvallen of specifieke fobie)</p> <p>- Patiënten die recentelijk een MBSR programma hadden afgerond, of die op reguliere basis mediteren/sporten (≥ 3 keer per week, ≥ 2 maanden)</p>	<p>Interventie:</p> <p>- MBSR</p> <p>- 8 wekelijkse sessies van 2,5 uur</p> <p>- n=31 intention-to-treat</p> <p>- n=16 studie voltooid</p> <p>Vergelijkende behandeling:</p> <p>- Beweging/cardio (lidmaatschap sportschool); participanten moesten gedurende 8 weken minimaal 2 keer per week een individuele sessie (gemiddelde intensiteit) en 1 keer per week een groepsessie (geen yoga of meditatie) bijwonen</p> <p>- n=25 intention-to-treat</p> <p>- n=14 studie voltooid</p>	<p>Meetinstrumenten:</p> <p>- Elementen mindfulness: KIMS</p> <p>- Zelfgerapporteerde maten voor klinische symptomen en welzijn: LSAS-SR; SIAS-S; BDI-II; PSS-4; RSES; SWLS; SCS; ULS-8</p> <p>Duur studie:</p> <p>5 maanden</p> <p>Meetmomenten:</p> <p>- Pre-test</p> <p>- Post-test</p> <p>- Follow-up (3 maanden na de interventie)</p>

Resultaten	Conclusie auteurs	Commentaar	Bewijsklasse
<p>Behandeleffect MBSR & beweging</p> <p>- MBSR leidde tot een significante reductie van angst, depressie en stress symptomen direct na de interventie (range η_p^2 0,37-0,75) en 3 maanden na de interventie (range η_p^2 0,33-0,68); en tot een significante verbetering van het zelfvertrouwen, tevredenheid over het leven en sociaal isolement direct na de interventie (range η_p^2 0,20-0,50) en 3 maanden na de interventie (range η_p^2 0,37-0,49)</p> <p>- Ook beweging leidde tot een significante reductie van angstsymptomen direct na de interventie (range η_p^2 0,49-0,51) en tot een significante reductie van angst en depressieve symptomen 3 maanden na de interventie (range η_p^2 0,46-0,70); en tot een significante verbetering van het zelfvertrouwen en zelfcompassie direct na de interventie (range η_p^2 0,23-0,64) en een significante verbetering van het zelfvertrouwen, tevredenheid over het leven en zelfcompassie 3 maanden na de interventie (range η_p^2 0,23-0,61)</p> <p>- Er werden echter geen significante verschillen gevonden tussen de beide interventies</p> <p>Vergelijking met onbehandelde groep</p> <p>- Wanneer MBSR werd vergeleken met een aparte, onbehandelde, non-gerandomiseerde groep met sociale fobie, was MBSR effectiever op sociale angst en stress uitkomstmaten, en op meerdere welzijn uitkomstmaten (range η_p^2 0,20-0,75 versus range η_p^2 0,01-0,33)</p> <p>- De bewegingsgroep was effectiever dan de onbehandelde groep op sociale angst en de welzijns uitkomstmaat zelfcompassie (range η_p^2 0,49-0,64 versus range η_p^2 0,01-0,33)</p>	<p>- Zowel MBSR als beweging kunnen een rol spelen bij het verlagen van klinische symptomen in volwassenen met een sociale fobie</p>	<p>- Laag aantal deelnemers</p> <p>- Participanten moesten zelf contact opnemen om zich aan te melden voor de studie, waardoor het mogelijk is dat deze mensen minder ernstige symptomen hadden en om die reden niet representatief zijn voor populaties met meer ernstige klachten</p> <p>- Er is alleen gebruik gemaakt van zelfgerapporteerde uitkomstmaten</p>	B

ADIS-IV-L: Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV-Lifetime version; BDI: Beck Depression Inventory and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition; KIMS: Kentucky Inventory of Mindfulness Scale; LSAS-SR: Liebowitz Social Anxiety Scale-Self-Report; MBSR: Mindfulness Based Stress Reduction; PSS-4: Perceived Stress Scale; RCT: Randomized Controlled Trial; RSES: Rosenberg Self-Esteem Scale; SCS: Self-Compassion Scale; SIAS-S: Social Interaction Anxiety Scale Straightforward Scale; SWLS: Satisfaction with Life Scale; ULS-8: UCLA-8 Loneliness Scale

Eerste auteur, jaar van publicatie	Type onderzoek, jaartal uitvoering, land	Aantal patiënten en indicatie	Interventie en vergelijkende behandeling	Methode
McManus, 2012	RCT, september 2008-januari 2010, Verenigd Koninkrijk	<p>- Patiënten met hypochondrie/ gezondheidsangst</p> <p>- Patiënten doorverwezen door professionals, of door aanmelding n.a.v. posters geplaatst in lokale medische en psychiatrische instellingen/in de lokale pers</p> <p>- n=74 intention-to-treat</p> <p>- n=68 studie voltooid</p> <p><i>Inclusiecriteria:</i></p> <p>- Volwassenen tussen 18-65 jaar</p> <p>- Voldoen aan de DMS-IV-TR criteria voor hypochondrie/gezondheidsangst, vastgesteld met SCID-I</p> <p>- Vaardig zijn in gesproken en geschreven Engels</p> <p><i>Exclusiecriteria:</i></p> <p>- Voldoen aan de DMS-IV-criteria voor psychotische ziekten of verslaving</p> <p>- Zeer ernstige symptomen of suicidaliteit, waardoor toewijzing aan de US groep onethisch zou zijn</p> <p>- Als patiënten psychotrope medicatie gebruikten, moesten ze 6 weken voor inclusie in de studie op een stabiele dosis zitten</p>	<p><i>Interventie:</i></p> <p>- MBCT & standaardbehandeling</p> <p>- Aantal sessies MBCT: 8 wekelijkse sessies van 2 uur</p> <p>- n=36 intention-to-treat</p> <p>- n=32 studie voltooid</p> <p><i>Vergelijkende behandeling:</i></p> <p>- Standaardbehandeling: participanten werden aangemoedigd om hun huidige medicatie/ interventies voort te zetten en kregen na afloop van de studie (na 60 weken) MBCT aangeboden</p> <p>- n=38 intention-to-treat</p> <p>- n=36 studie voltooid</p>	<p><i>Meetinstrumenten:</i></p> <p>- Vaststellen diagnose: SCID-I</p> <p>- Primaire uitkomstmaat: Health Anxiety Composite (bestaande uit een beoordeling van onafhankelijke beoordelaars die het niveau van stress gerelateerd aan de hypochondrie, op een schaal van 0 tot 10 beoordelen en zelfrapportage schalen: SHA1, WI)</p> <p>- Monitoren van algemene angst/depressie symptomen: BAI; BDI-II</p> <p>- Centrale elementen mindfulness: FFMQ</p> <p><i>Duur studie:</i></p> <p>15 maanden</p> <p><i>Meetmomenten:</i></p> <p>- Pre-test</p> <p>- Post-test</p> <p>- Follow-up (1 jaar na de interventie)</p>

Resultaten	Conclusie auteurs	Commentaar	Bewijsklasse
<p><i>Behandeleffect intention-to-treat groep</i></p> <p>- In de intention-to-treat analyse hadden MBCT participanten significant lagere gezondheidsangst (Health Anxiety Composite) dan de standaardbehandeling groep, zowel direct na de interventie (Cohen's $d=0,48$; klein effect; 95% BI 0,02-0,94) als na 1 jaar follow-up (Cohen's $d=0,48$; klein effect; 95% BI 0,02-0,94)</p> <p>- Significant ($p<0,01$) minder participanten in de MBCT groep dan in de standaardbehandeling groep voldeden aan de criteria voor de diagnose hypochondrie, zowel direct na de interventie (50,0% vs. 78,9%) als na 1 jaar follow-up (36,1% vs. 76,3%)</p> <p><i>Behandeleffect groep die de studie voltooid had</i></p> <p>- Ook in de analyse van de groep die de studie voltooid had, hadden MBCT participanten significant lagere gezondheidsangst (Health Anxiety Composite) dan de standaardbehandeling groep. De 'between-group' effectgrootte was Cohen's $d=0,49$ (klein effect; 95% BI 0,02-0,96) na de interventie en Cohen's $d=0,62$ (middelmataig effect; 95% BI 0,13-1,11) na 1 jaar follow-up</p> <p>- Significant ($p<0,01$) minder participanten in de MBCT groep dan in de standaardbehandeling groep voldeden aan de criteria voor de diagnose hypochondrie, zowel direct na de interventie (47,1% vs. 78,4%) als na 1 jaar follow-up (28,1% vs. 75,0%)</p>	<p>- MBCT kan nuttig zijn als toevoeging aan de gebruikelijke behandeling bij mensen met gezondheidsangst</p>	<p>- De participanten waren voornamelijk blanke, hoogopgeleide vrouwen</p> <p>- Participanten konden zich zelf aanmelden voor deze studie</p> <p>- Er is gebruik gemaakt van een standaardbehandeling controlegroep i.p.v. een actieve controlegroep, wat (in verband met aandachtscomponent en groepseffect) confounding kan veroorzaken</p>	B

BAI: Beck Anxiety Inventories; BDI-II: Beck Depression Inventory; BI: Betrouwbaarheidsinterval; DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., text rev.; FFMQ: Five Facet Mindfulness Questionnaire; MBCT: Mindfulness Based Cognitive Therapy; SCID-I: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders; SHA1: Short Health Anxiety Inventory; WI: Whately Index

Eerste auteur, jaar van publicatie	Type onderzoek, jaartal uitvoering, land	Aantal patiënten en indicatie	Interventie en vergelijkende behandeling	Methode
Vøllestad, 2011	RCT, jaartal uitvoering niet gerapporteerd, Noorwegen	<p>Patiënten met heterogene angststoornissen (50% paniekstoornis met/zonder agorafobie (PD/AG), 33% sociale fobie (SAD) en 17% gegeneraliseerde angststoornis (GAD))</p> <p>- Participanten werden geworven via advertenties in kranten</p> <p>- n=76 intention-to-treat</p> <p>- n=65 complete studie voltooid</p> <p><i>Inclusie criteria:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Leeftijd tussen 18-65 jaar - Voldoen aan diagnostische criteria voor PD/AG, SAD, GAD <p><i>Exclusie criteria:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Suïcidaliteit - Middelenmisbruik of afhankelijkheid - Ernstige mentale stoornis (bv. psychose of bipolaire stoornis) - Andere As-I stoornissen als primaire diagnose - Gebruik van anxiolytica - Gebrekkige impuls controle - Gelijktijdige andere behandeling 	<p><i>Interventie:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - MBSR - Aantal sessies MBSR: 8 wekelijkse sessies van 2,5 uur - n=39 intention-to-treat - n=31 studie voltooid <p><i>Vergelijkende behandeling:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Uitgestelde behandeling wachtlijst controlegroep - n=37 intention-to-treat - n=34 studie voltooid 	<p><i>Meetinstrumenten:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Zelfgerapporteerde maten voor mentale gezondheid: BAI, PSWQ, STAI, BDI-II, SCL-90-R, BIS, FFMQ - Bijhouden van een dagelijks dagboek over type en duur mindfulness training <p><i>Duur studie:</i></p> <p>8 maanden</p> <p><i>Meetmomenten:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Start studie - Pre-test - Halverwege behandeling - Post-test - Follow-up (6 maanden na behandeling; alleen voor interventiegroep)

Resultaten	Conclusie auteurs	Commentaar	Bewijsklasse
<p><i>Behandeleffect intention-to-treat groep</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Na de behandeling verschilde de MBSR groep significant van de controlegroep voor alle uitkomstmaten behalve voor slaapproblematiek - De effectgroottes waren klein tot middelmatig (Cohen's $d=0.32-0.76$) <p><i>Behandeleffect groep die de studie voltooid had</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Na de behandeling verbeterde de MBSR groep significant ten opzichte van de controlegroep voor alle zelfgerapporteerde angst en depressieve uitkomstmaten - De effectgroottes waren middelmatig tot groot voor de angst uitkomstmaten (Cohen's $d=0.55-0.97$) en groot voor depressieve symptomen (Cohen's $d=0.97$) <p><i>Follow-up</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 30 personen uit de MBSR groep voltooiden de follow-up metingen na 6 maanden. Er waren geen significante verschillen in de uitkomstmaten tussen post-behandeling en follow-up: de behandelde effecten van MBSR bleven behouden 	<ul style="list-style-type: none"> - MBSR lijkt een effectieve behandeling voor angststoornissen en gerelateerde symptomen 	<ul style="list-style-type: none"> - Randomisatieproces niet beschreven - Het gebrek aan een actieve controle interventie en hard bewijs voor mediatie effecten beperkt definitieve uitspraken over de bijdrage van MBSR training aan de waargenomen effecten; effecten zouden zijn ontstaan (bv. aandacht of groeps effect) - Beperkingen van de diagnostische procedure en toegepaste instrumenten: er zijn alleen zelfgerapporteerde uitkomstmaten gebruikt en geen diagnostisch klinisch interview; er is slechts 1 diagnose-specifieke vragenlijst gebruikt voor GAD, niet voor PD of SAD - Handhaving van het studieprotocol is niet gecontroleerd, bv. m.b.v. video opnames van de MBSR sessies en inzet van 2 therapeuten voor de interne validiteit 	B/C

BAI: Beck Anxiety Inventory; BDI-II: Beck Depression Inventory; BIS: Bergen Insomnia Scale; FFMQ: Five-Factor Mindfulness Questionnaire; GAD: Gegeneraliseerde angststoornis; MBSR: Mindfulness Based Stress Reduction; PD/AG: Paniekstoornis met/zonder agorafobie; PSWQ: PennState Worry Questionnaire; RCT: Randomized Controlled Trial; SAD: Sociale fobie; SSRI: Selectieve-Serotonine-Heropname remmers; STAI: SpielbergerState Trait Anxiety Inventory; SCL-90-R: Symptom Checklist 90 (revised edition)

Heterogene psychische stoornissen bij adolescenten

Eerste auteur, jaar van publicatie	Type onderzoek, jaartal uitvoering, land	Aantal patiënten en indicatie	Interventie en vergelijkende behandeling	Methode
Biegel, 2009	RCT, mei 2005-juni 2006, Amerika	<ul style="list-style-type: none"> - Adolescenten (14-18 jaar) uit een psychiatrische polikliniek met heterogene psychische stoornissen (49% stemmingsstoornissen, 30% angststoornissen, 57% V-code stoornissen, 25% andere stoornissen; er was aanzienlijke co-morbiditeit) - Participanten werden geworven via hun behandelaar en via flyers in de polikliniek - n=102 intention-to-treat - n=74 complete studie voltooid <p><i>Inclusie criteria:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Patiënten die onder huidige behandeling waren of ooit waren in de psychiatrische polikliniek <p><i>Exclusie criteria:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Huidig middelengebruik (drugs of alcohol) - Huidige of voorgaande psychiatrische of neurologische aandoeningen die deelname aan de studie belemmerden (bv. suicidaliteit, significante cognitieve beperking) 	<p><i>Interventie:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - MBSR & standaardbehandeling - MBSR was aangepast voor adolescenten - Aantal sessies MBSR: 8 wekelijkse sessies van 2 uur - n=50 intention-to-treat - n=34 studie voltooid <p><i>Vergelijkende behandeling:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Standaardbehandeling: individuele of groeps psychotherapie en/of psychotrope medicatie - Er was sprake van aanzienlijke variatie in standaardbehandeling - n=52 intention-to-treat - n=40 studie voltooid <ul style="list-style-type: none"> - Er waren geen significante verschillen tussen de standaardbehandeling van de MBSR en de controlegroep op de 3 meetmomenten 	<p><i>Meetinstrumenten:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Klinische maten voor mentale gezondheid: DSM-IV-TR (As-I klinische diagnoses en As-V GAF), aantal individuele en groeps psychotherapie bezoeken, aantal ziekenhuisopnames i.v.m. mentale gezondheid, type en dosis psychotrope medicatie - Zelfgerapporteerde maten voor mentale gezondheid: PSS-10, STAI, SCL-90-R, SES, alcohol & drugs gebruik, MBSR programma evaluatie - Bijhouden van wekelijkse mindfulness praktijk dagboek <p><i>Duur studie:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 5 maanden <p><i>Meetmomenten:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pre-test - Post-test - Follow-up (3 maanden na behandeling)
Resultaten	Conclusie auteurs	Commentaar	Bewijsklasse	
<p>- MBSR werd goed verdragen door adolescenten met heterogene psychische stoornissen; 78% van de participanten gerandomiseerd in de MBSR groep voltooiden de interventie</p> <p><i>Klinische uitkomstmaten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - In vergelijking met de controlegroep had de MBSR groep een significant grotere diagnostische verbetering (verandering in percentage diagnoses) gedurende de studieperiode van 5 maanden (post-behandeling: 49% versus 0%; follow-up: 31% versus 2%) en significante toenames in de GAF scores; deze resultaten werden zowel in de intention-to-treat analyses als de analyses van de adolescenten die de studie hadden voltooid gevonden <p><i>Zelfgerapporteerde uitkomstmaten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Zowel bij de intention-to-treat analyses als de analyses van de adolescenten die de studie hadden voltooid, had de MBSR groep significant minder zelfgerapporteerde symptomen van angst, depressie en somatisering en een verbeterd zelfvertrouwen; de effectgroottes waren consistent groot in de MBSR groep (Cohen's $d=0,59-1,11$; versus $-0,15 - 0,31$ in de controlegroep) 	<ul style="list-style-type: none"> - MBSR kan een goede aanvulling zijn op de poliklinische behandeling van adolescenten met heterogene psychische stoornissen 	<ul style="list-style-type: none"> - De generaliseerbaarheid is beperkt, de resultaten gelden specifiek voor de onderzochte populatie; voor homogene populaties is meer onderzoek nodig - Ongeveer $\frac{3}{4}$ van de onderzoekspopulatie was vrouw - Er is gebruik gemaakt van een standaardbehandeling controlegroep i.p.v. een actieve controlegroep, wat (in verband met aandachtscapaciteit en groepseffect) confounding kan veroorzaken - Er kan sprake zijn van bias doordat adolescenten in de MBSR groep meer totale behandelingsstijd en aandacht kregen en daardoor betere resultaten rapporteerden - De follow-up periode (3 maanden) was relatief kort - Er werden veel verschillende indicatoren voor mentale gezondheid gebruikt, dit zou m.b.v. scherpe hypothesen beperkt kunnen worden in toekomstig onderzoek 	B	

DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4e editie; GAF: Global Assessment of Functioning; MBSR: Mindfulness Based Stress Reduction; PSS-10: 10-item versie van de Perceived Stress Scale; RCT: Randomized controlled trial; SCL-90-R: Hopkins Symptom Checklist 90 (revised edition); SES: 10-item Rosenberg Self-Esteem Scale; STAI: State/Trait Anxiety Inventory

Gebruikte afkortingen

ACT – Acceptance and Commitment Therapy
ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder
BDI – Beck Depression Inventory
CBO – Centraal Begeleidings Orgaan
CVZ – College voor Zorgverzekeringen
DBT – Dialectical Behavior Therapy
GAF – Global Assessment of Functioning
GGZ – Geestelijke gezondheidszorg
HAMD – Hamilton Depression Rating Scale
MBCT – Mindfulness Based Cognitive Therapy
MBSR – Mindfulness Based Stress Reduction
MOMENT – Mindfulness of Medicatie EN Terugvalpreventie
RCT – Randomised Controlled Trial
SOLK – Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten
UMC – Universitair Medisch Centrum
ZonMW – Nederlandse Organisatie voor Gezondheidsonderzoek en Zorginnovatie
Zvw – Zorgverzekeringswet