

MINDFULNESS EN DE
TRANSFORMATIE VAN
WANHOOP

Werken met mensen met een suïciderisico

Mark Williams
Melanie Fennell
Thorsten Barnhofer
Rebecca Crane
Sarah Silverton



UITGEVERIJ NIEUWEZIJD

Oorspronkelijke titel: *Mindfulness and the Transformation of Despair – Working with People at Risk of Suicide*. New York: The Guilford Press, 2015.

Uitgegeven door: Uitgeverij Nieuwezijds, Amsterdam

Vertaling: Janine Langeveld, Amsterdam

Online geleide meditaties van Zindel Segal, Mark Williams en John Teasdale

Redactionele adviezen en inspreken online meditaties: Joke Hellemans

Zetwerk: Holland Graphics, Amsterdam

Omslag: Studio Jan de Boer, Amsterdam

© 2015, The Guilford Press

© Nederlandse vertaling 2016, Uitgeverij Nieuwezijds

ISBN 978 90 5712 457 0

NUR 777



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

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

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

Inhoud

1	Inleiding	1
DEEL I THEORETISCHE EN WETENSCHAPPELIJKE ACHTERGROND		9
2	Het ontstaan van wanhoop: Een evolutionair perspectief	11
3	Waarom het idee van suïcide je niet loslaat	29
4	Hoe kan mindfulness helpen? Doen en zijn	45
DEEL II MBCT VOOR RISICOPATIËNTEN		65
5	Kwetsbaarheid voor depressie en suïcidaliteit beoordelen	67
6	Het inleidende gesprek voorafgaand aan de cursus: Kwetsbare deelnemers aanmoedigen om mindfulness te beoefenen en vol te houden	93
7	Sessie 1: Bewustheid en automatische piloot	117
8	Sessie 2: In ons hoofd wonen	131
9	Sessie 3: De verdeelde geest naar één punt brengen	141
10	Sessie 4: Aversie herkennen	151
11	Sessie 5: Toelaten/accepteren wat er is	161
12	Sessie 6: Gedachten zijn geen feiten	177
13	Sessie 7: Hoe kan ik het best voor mezelf zorgen?	185
14	Sessie 8: Het geleerde vasthouden en uitbreiden	191
15	Hoe maakt MBCT transformatie mogelijk? Jane's verhaal	195
DEEL III TRAINERS OPLEIDEN EN COMPETENTIE BEOORDELEN		223
16	Integriteit in het geven van MBCT Op mindfulness gebaseerde trainersvaardigheden beoordelen	225
17	Hoe het is om MBCT-trainer te zijn	243
DEEL IV MBCT – DE RESULTATEN		267
18	Mindfulness onder de loep: Helpt MBCT risicopatiënten?	269

19	Aanbevolen literatuur en meer informatie	291
20	Literatuur	297
21	Index	307
22	Over de auteurs	323
23	Geleide meditaties	325

Audiobestanden van de geleide mindfulnessmeditaties
uit het MBCT-programma zijn beschikbaar via
www.nieuwezijds.nl/downloads

1 Inleiding

Het is een van de moeilijkste en pijnlijkste gesprekken tussen iemand met psychische problemen en de therapeut of trainer wiens hulp hij of zij heeft ingeschakeld. Want nadat alle vragen zijn gesteld over levensgeschiedenis, familie en werk, over wat hem of haar hier brengt en over de tekenen en symptomen van depressie, wanhoop en mentale pijn, resteert nog één belangrijke vraag: ‘Heb je ooit overwogen een einde aan je leven te maken; gedacht dat het leven niet meer de moeite waard was; dat suïcide een betere optie zou zijn dan zo verder te leven?’ Want ook al heeft iemand het nog aan niemand verteld, hij of zij kan rondlopen met een enorm schuldgevoel over het hebben van deze gedachten.

Je kunt deze vraag op verschillende manieren stellen, maar uiteindelijk moet de kwestie worden aangesneden, vooral als de persoon ernstig depressief is of is geweest. De helft van de mensen met depressie heeft terugkerende gedachten aan de dood of suïcide, en hoewel elk psychisch probleem – angst of paniek, bipolaire stoornis, posttraumatische stressstoornis (PTSS), schizofrenie – het risico op suïcide met zich mee kan brengen, is het vooral het gevoel van depressie en hulpeloosheid dat hiermee gepaard gaat waardoor de kans toeneemt dat iemand zich van het leven berooft. Depressie en wanhoop vormen de gemeenschappelijke eindroute (‘final common pathway’) naar suïcidale gevoelens en gedrag. En suïcidale depressie en wanhoop vormen het onderwerp van dit boek.

De in dit boek beschreven behandeling van personen met een suïciderisico is voortgekomen uit een bredere zoektocht om alle mensen te helpen die lijden aan depressie. Depressie staat als oorzaak van wereldwijde ziektelast steevast in de top vier en wordt beschreven als een van de grote mondiale uitdagingen van de eenentwintigste eeuw (Collins et al., 2011). Twintig procent van de bevolking – meer dan een miljard mensen wereldwijd – zal op enig moment in het leven te maken krijgen met een ernstige depressie, een aandoening met een verwoestende uitwerking op het leven van mensen, of ze nu in rijke, middelrijke of arme landen wonen (Wereldgezondheidsorganisatie, 2008). Waar

het ook toeslaat, depressie ondermijnt het welbevinden en de levenskwaliteit van degenen die eraan lijden en hun omgeving, en belemmert in ernstige mate hun vermogen om in het dagelijkse persoonlijke, sociale en werkende leven te functioneren. Het is echter een verborgen litteken – er zijn maar weinig mensen die er even openlijk over praten als over een andere ziekte.

In 1993 vatten Zindel Segal, John Teasdale en Mark Williams het plan op om een manier te vinden om inzicht te krijgen in de factoren die het risico op depressie verhogen en vervolgens te onderzoeken hoe dat risico mogelijk kon worden verkleind. In eerste instantie waren ze van plan hun preventieve aanpak op cognitieve therapie te baseren, maar hun persoonlijke ervaring en nieuwe wetenschappelijke bevindingen over welke processen ten grondslag liggen aan de hoge risico's die depressie met zich meebrengt, overtuigden hen ervan dat er meer te ontdekken viel dan wat de bestaande cognitieve theorieën en therapieën te bieden hadden. Op basis van Marsha Linehan's gebruik van mindfulness (een belangrijk element van haar dialectische gedragstherapie voor mensen met een vastgestelde borderline-persoonlijkheidsstoornis) en Jon Kabat-Zinn's pionierswerk aan UMass Medical Center op het gebied van op mindfulness gebaseerde stressreductie (MBSR), stelden ze een psychologisch model op om te verklaren waarom mindfulnessstraining, met zijn nadruk op de veranderende geestestoestanden, behulpzaam zou kunnen zijn voor mensen die herhaaldelijk vastlopen in oude en giftige mentale patronen.

Maar wat is 'mindfulness' precies? Het woord 'mindfulness' is een vertaling van een oud Pali woord, dat oorspronkelijk 'herinnering' of 'niet-vergeten' betekent. In boeddhistische geschriften kreeg het uiteindelijk de betekenis van 'helder bewustzijn' (Bodhi, 2011). De gangbare betekenis die het tegenwoordig in de klinische literatuur heeft gekregen, is het bewustzijn dat ontstaat als neveneffect van het ontwikkelen van drie met elkaar samenhangende vaardigheden: (1) doelbewust aandacht schenken aan gebeurtenissen van moment tot moment terwijl deze zich in de interne en externe wereld ontvouwen; (2) opmerkzaam zijn op gewoontereacties op dergelijke gebeurtenissen, vaak gekenmerkt door afkeer of gehechtheid (en doorgaans leidend tot rumineren en vermijden) en (3) het vermogen ontwikkelen om gebeurtenissen en reacties daarop te benaderen met een houding van open nieuwsgierigheid en compassie. Mindfulness wordt traditioneel ontwikkeld door middel van meditatie waarbij mensen leren om op elk moment doelbewust en met vriendelijke belangstelling aandacht te geven. Wanneer mensen enige tijd op deze manier mediteren, treedt er een verandering in een aantal kwaliteiten van hun ervaring op. Mensen zeggen dat ze zich bewuster of wakkerder en kalmer voelen en beter in staat zijn hun eigen emotionele patronen en gewoonten helder te zien en zich ervan te bevrijden, waardoor ze meer compassie krijgen met zichzelf en anderen. De eerste door Kabat-Zinn en collega's uitgevoerde onderzoekstrials lieten zien dat deze benadering zeer effectief zou

kunnen zijn voor patiënten met langdurige lichamelijke gezondheidsklachten die de kwaliteit van hun leven hadden verwoest (Kabat-Zinn, 2013).

Segal, Williams en Teasdale vermoedden dat mindfulnessstraining wel eens de sleutel zou kunnen zijn tot het voorkomen van depressie. De onderzoekstrial die ze uitvoerden aan de University of Cambridge (Engeland), de University of Toronto (Canada) en Bangor University (Wales) wees uit dat op mindfulness gebaseerde cognitieve therapie (MBSCT) de terugvalpercentages bij mensen die drie of meer eerdere depressieve episoden hadden meegemaakt met 40 tot 50 procent deed dalen (Teasdale et al., 2000).

In die tijd waren ze voorzichtig optimistisch over de rol die mindfulness zou kunnen spelen in de vermindering van het risico op depressie, maar ervan overtuigd dat slechts een minderheid van de klinici belangstelling voor een dergelijke benadering zou hebben. In 2002 publiceerden ze een boek waarin ze het verhaal beschreven van hun onderzoek, hun valse starts en herzieningen, en wat ze uiteindelijk ontdekten. Tot hun verbazing werd het boek *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse* (Segal et al., 2002; *Aandachtgerichte cognitieve therapie bij depressie: een op mindfulness gebaseerde methode om terugval te voorkomen*) veelgelezen en zeer invloedrijk. Het transformeerde het hele klinische landschap door niet alleen de manier waarop depressie werd gezien te veranderen maar ook hoe je die het beste kon voorkomen, en vervolgens kreeg het ook grote invloed op evidence-based benaderingen van andere ernstige psychische aandoeningen.

Mindfulness en suïcidaliteit

Er bleven echter prangende vragen bestaan die keer op keer op keer werden gesteld: kan mindfulness worden ingezet voor heel kwetsbare mensen, dat wil zeggen mensen met een ernstig traumatische achtergrond? Wat als mensen nog *meer* in de put raken omdat ze zich door mindfulness bewuster zijn geworden van hun problemen? Wat als ze suïcidaal zijn? Zou het niet onethisch zijn om mensen aan te moedigen om oefeningen te doen die hen uiteindelijk nog *meer* bewust kunnen maken van suïcidale gedachten en gevoelens? Williams was lange tijd bang dat deze mensen zo depressief zouden raken dat ze suïcide als enige optie zagen. Zijn collega's en medewerkers bij de International Association for Suicide Prevention (IASP) hadden hem laten zien dat wereldwijd ongeveer een miljoen mensen per jaar suïcide plegen. Suïcide kost meer levens dan oorlogen. Er was een urgente behoefte om te helpen, maar slechts weinig houvast voor wat de beste aanpak was.

In januari 2003 maakte Williams een overstap van Bangor University naar de University of Oxford om als Wellcome Trust Principal Research Fellow een

tienjarig onderzoeksprogramma op te starten en een team op te zetten dat in staat zou zijn om te onderzoeken of de psychologische processen die aan mindfulness ten grondslag liggen en helpen om herhaalde depressies te voorkomen, ook van toepassing zouden kunnen zijn op mensen die aan een zodanig ernstige depressie lijden dat ze suïcidaal worden. Oxford was hiervoor het uitgelezen centrum omdat Keith Hawton daar jarenlang toonaangevend onderzoek naar suïcide en suïcidaal gedrag had verricht. Hier lag een kans om het inzicht te vergroten in de specifieke kwetsbaarheden van mensen die hun hele leven zoveel hadden geleden dat ze er uiteindelijk voortdurend aan dachten om er een einde aan te maken. Zou mindfulness hen kunnen helpen? Het team zou uiteindelijk een onderzoekstrial moeten uitvoeren om te bepalen of en voor wie mindfulness behulpzaam zou kunnen zijn. Maar eerst moest er nog een heleboel werk worden verricht om precies te bepalen waardoor sommige mensen suïcidaal werden. Pas als ze zouden begrijpen welke factoren suïcidale gedachten en gedrag uitlokken en doen voortduren, konden ze langzaam gaan inzien wat zou kunnen helpen.

Dit boek is het relaas van wat ze ontdekten en van de invloed van deze nieuwe inzichten op hun benadering van M B C T. Het zou hun ideeën veranderen over hoe ze nieuwe M B C T-therapeuten zouden kunnen opleiden en hoe ze hun didactische competenties zouden kunnen beoordelen. Het belangrijkste was echter dat het onderzoek hun liet zien hoe ze M B C T het beste konden aanbieden aan mensen die niet alleen leden onder een suïcidale depressie, maar ook onder andere chronische problemen en aanhoudende symptomen.

Overzicht van dit boek

We hebben dit boek in vier delen verdeeld. In deel 1 behandelen we de bestaande onderzoeken en de theoretische achtergrond. Hoofdstuk 2 beschrijft het 'schreeuw van pijn'-model van suïcidaliteit en hoe gevoelens van hoopeloosheid en wanhoop onder bepaalde omstandigheden – wanneer iemand zich volkomen verslagen voelt en geen uitweg meer ziet – plotseling op kunnen komen. In hoofdstuk 3 gaan we gedetailleerder in op wat we ontdekten toen we deze theorieën in het laboratorium testten. We behandelen de wetenschap over het risico op suïcide en onderzoeken hoeveel moeite sommige mensen hebben met het voor zich zien van positieve beelden van de toekomst, en vervolgens hoe mensen verschillen in hun reactiviteit bij geringe veranderingen in de gemoedstoestand. Die reactiviteit heeft niet alleen betrekking op negatieve denkbeelden, maar ook op ruminatie en vermijding. Meer specifiek houdt reactiviteit bij mensen met een suïciderisico in dat er levendige beelden van suïcide in hen opkomen die, hoewel voor sommigen indringend en verontrustend, voor enkelen troostend kunnen zijn. Tot slot zullen we zien hoe

subtiële verschillen in de manier waarop mensen zich hun persoonlijke verleden herinneren (autobiografisch geheugen) van invloed zijn op hun reactiviteit in het heden.

Als we willen dat de mindfulnessbenadering serieus wordt genomen door degenen die het meest kwetsbaar zijn, zullen we ze moeten uitleggen waarom het nuttig voor hen kan zijn om mindfulnessstraining te volgen. Hoofdstuk 4 biedt een raamwerk voor de clinicus om de volgende door patiënten veelgestelde vraag te kunnen beantwoorden: ‘Gaat het me helpen ... en hoe kan het me helpen?’

In deel II verplaatsen we ons van het laboratorium naar de klinische praktijk en beschrijven we de praktische toepassing van het in deel I besproken onderzoek. In hoofdstuk 5 onderzoeken we hoe we kwetsbaarheid voor suïcide het beste kunnen beoordelen, om ervoor te zorgen dat we zoveel mogelijk weten over de risico's en geen schade te berokkenen. In hoofdstuk 6 vertellen we hoe een klinisch pilotonderzoek om onze ideeën te testen belangrijke factoren naar boven bracht over welke mensen voor het einde van een MBCT-cursus afhaken, en we beschrijven hoe we het inleidende gesprek voorafgaand aan de cursus hebben uitgebreid om de commitment aan het programma te verhogen. We nemen wat we hieruit hebben geleerd mee naar hoofdstuk 7-14, waarin we, sessie voor sessie, de specifieke wijzigingen beschrijven die we in het originele MBCT-protocol voor depressie hebben aangebracht, en hoe onze deelnemers deze wijzigingen hebben ervaren. In deze hoofdstukken gaan we gedetailleerd in op de manier waarop MBCT kan worden aangeboden aan individuen bij wie sterke doodsgedachten en suïcidaal gedrag gemakkelijk kunnen worden geactiveerd. Als het waar is dat transformatie alleen kan plaatsvinden door ‘moeilijke dingen onder ogen te zien’, hoe kan dit dan op dusdanige wijze worden gedaan dat er een sfeer van veiligheid voor alle deelnemers in de cursus wordt geboden?

Hoofdstuk 15 vat het MBCT-programma samen door te ‘luisteren’ naar de dialogen die tussen de trainer en afzonderlijke deelnemers in de cursus plaatsvinden. Uit deze verdiepende dialoog volgend op elke meditatie (de ‘inquiry’) valt vaak heel veel te leren.

Deel III handelt over de cruciale rol van de trainer. In hoofdstuk 16 richten we ons op de controversiële vraag hoe we de kwaliteit kunnen beoordelen van het trainen van op mindfulness gebaseerde interventies. Voor elke evidence-based therapie is het belangrijk om te weten dat wat wekelijks wordt geleerd overeenkomt met de intenties van de methode – dat het curriculum wordt gevolgd en op een bepaald competentieniveau wordt getraind. Deze vraagstukken zijn niet beperkt tot de context van onderzoeksters. Als we de opleidingsmogelijkheden voor mindfulnessstrainers willen uitbreiden, moeten we duidelijk inzicht hebben in de vaardigheden en processen die we als raamwerk voor training en supervisie overbrengen. De volgende vraag doet

zich dan ook voor: hoe kunnen we competentie en getrouwheid aan het curriculum ('integriteit') consistent en betrouwbaar beoordelen? Het antwoord op deze vraag is niet eenvoudig, omdat het proces van trainen en leren binnen een op mindfulness gebaseerde interventie heel subtiel is en grotendeels impliciet uit het proces voortkomt, in plaats van uit het volgen van een expliciet curriculum. Bij de beoordeling van de didactische kwaliteit moet dus ook het 'verborgen curriculum' in ogenschouw worden genomen, oftewel in hoeverre trainers het lesmateriaal met hun eigen zijnswijze belichamen. Dit hoofdstuk gaat in op de problemen van integer op mindfulness gebaseerd onderricht, wat het is, hoe het zich in de loop van de tijd ontwikkelt en hoe het kan worden beoordeeld. In hoofdstuk 17 bekijken we het geven van trainingen vanuit een andere en aanvullende hoek en richten we ons op de ervaring van de trainer 'van binnenuit'. Hoe kunnen trainers het beste trouw blijven aan het curriculum en de intenties van de cursus wanneer ze met zeer kwetsbare patiënten werken? In dit hoofdstuk onderzoeken we met name de uitdagingen die horen bij het trainen van een op een handleiding en protocol gebaseerd programma en de noodzaak om een balans te vinden tussen het volgen van een bepaald, vastomlijnd MBSCT-curriculum aan de ene kant en het betrachten van flexibiliteit en invoelendheid naar deelnemers aan de andere kant.

Tot slot komen we bij deel IV. In hoofdstuk 18 vatten we de eerdere hoofdstukken samen en onthullen we wat we hebben ontdekt toen we MBSCT testten in een groot gerandomiseerd, gecontroleerd trialonderzoek – en wat de resultaten ons laten zien over hoe we zeer kwetsbare patiënten moeten behandelen, waaronder de beste aanpak om vaardig om te gaan met reacties van extreme suïcidale wanhoop. We plaatsen onze bevindingen in de context van recenter gepubliceerde MBSCT-trials die richting gaven aan onze visie op hoe we deze evidence-based benadering verder moeten ontwikkelen. Met dat alles hebben we tegen het einde van het boek de praktische implicaties voor mindfulness-trainers vastgesteld. We beschrijven hoe ze kunnen beoordelen of deelnemers in spe geschikt zijn voor MBSCT en hoe ze dit programma kunnen plannen en aanbieden zonder al te rigide te zijn en toch trouw te blijven aan het protocol. Verder zetten we uiteen waarom trainers hun eigen beoefening en training moeten blijven bijhouden.

Hoe dit boek te gebruiken

Geen enkel boek over mindfulness staat op zichzelf. Elk werk levert zijn eigen bijdrage en bouwt voort op reeds bestaande mondiale kennis, inzichten en praktijkervaring. Dit boek vormt hierop geen uitzondering: het is bedoeld als aanvulling op de standaard MBSCT-handleiding van Segal, Williams en Teasdale (2013), zowel wat betreft het beschrijven van de aanpassing ervan voor zeer

kwetsbare patiënten als door het bieden van aanvullende informatie over recente algemene ontwikkelingen die vanuit een ruimer perspectief relevant zijn, zoals de definitie en beoordeling van de competentie van trainers. Dit boek is geen ‘handleiding’ en we willen elke trainer of therapeut waarschuwen die denkt dat mindfulness alleen voldoende is om suïcidale gedachten en gedrag te ‘genezen’. Segal en collega’s zijn er heel duidelijk over dat we onze beperkingen moeten kennen wanneer we werken met trauma’s en ernstig psychisch lijden en we onderschrijven hun advies aangaande de training die vereist is om op dit terrein te werken (Segal et al., 2013, pagina 394-396.)

Het boek volgt een inherente logica en kan dan ook het beste worden gelezen in de volgorde waarin het is gepresenteerd. Op deze manier worden de wijzigingen die in het M B C T-programma zijn aangebracht inzichtelijk vanuit een achtergrond van onderzoeksresultaten en worden onze adviezen over hoe het programma week na week kan worden geïmplementeerd door onze meest recente inzichten onderbouwd. We raden trainers vaak aan om de relevante hoofdstukken in dit boek nog eens door te lezen voordat ze een bepaalde sessie geven, niet alleen om de structuur van de sessie in herinnering te brengen, maar ook om hun kennis op te halen over het ruimere thema en de kenmerkende reacties die ze kunnen verwachten. Goed voorbereid zijn met betrekking tot het ‘verborgen curriculum’ kan vooral bij het werken met zeer kwetsbare patiënten belangrijk zijn. In deel II (hoofdstuk 7-14) hebben we de belangrijkste problemen dan ook sessie voor sessie uiteengezet. Ter ondersteuning van de implementatie van het M B C T-programma hebben we audiobestanden van de meditatieoefeningen uit *The Mindful Way Workbook* (Teasdale et al. 2014; *Mindfulness oefenboek*) beschikbaar gesteld. Deze kunnen rechtstreeks via internet worden beluisterd of in mp3-formaat worden gedownload. Deelnemers vinden de opnamen behulpzaam, vooral wanneer ze net beginnen met het beoefenen van mindfulness. Trainers kunnen deze bestanden downloaden via nieuwezijds.nl/downloads. Tot slot zullen we ons in de laatste hoofdstukken richten op de ervaring van de trainer. We beogen ideeën over te brengen die helpen bij het verduidelijken wat in psychologisch opzicht belangrijk is voor trainers bij het met begrip, compassie en zorg reageren op suïcidaliteit en wanhoop in een M B C T-programma en in andere therapie-settingen.

We hopen dat dit boek een waardevolle bron zal zijn, niet alleen voor degenen die M B C T aanbieden aan zeer kwetsbare patiënten, maar ook voor degenen die mindfulness niet per se in een klinische setting aanbieden, maar desondanks merken dat zij of hun cliënten worstelen met suïcidale gedachten en gevoelens van wanhoop.

Suïcide is een tragedie die velen van ons treft: gezinnen, vrienden en collega’s van degenen die zichzelf het leven hebben benomen, die achterblijven met gevoelens van schaamte, woede, eenzaamheid en verdriet. Als therapeut,

clanicus, counselor of mindfulnesstrainer moeten we ons begrip verdiepen en uitbreiden, van het onderwerp en van onze kwetsbare cliënten of deelnemers. We dragen dit boek op aan al diegenen die door een dergelijke tragedie zijn getroffen. Moge het nieuwe perspectieven, moed en wijsheid brengen aan degenen die werken met mensen met een risico op suïcide.

Over de auteurs

Mark Williams, DPhil, is emeritus hoogleraar klinische psychologie aan de University of Oxford, alwaar hij van 2003 tot 2012 Wellcome Principal Research Fellow was. Samen met John Teasdale en Zindel Segal ontwikkelde hij op mindfulness gebaseerde cognitieve therapie (MBCT) om terugval of terugkeer van ernstige depressie te voorkomen. Als co-auteurs hebben ze de volgende werken gepubliceerd: *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression (Mindfulness en cognitieve therapie bij depressie)* (tweede editie), *The Mindful Way Workbook (Mindfulness oefenboek)* en (met Jon Kabat-Zinn) *The Mindful Way through Depression (Mindfulness en bevrijding van depressie)*. Dr. Williams is onderzoeksfellow aan de Academy of Medical Sciences en de British Academy. Hij is nu gepensioneerd, maar houdt zich nog steeds bezig met het opleiden van mindfulnessstrainers over de hele wereld.

Melanie Fennell, PhD, is medeoprichtster van het Oxford Cognitive Therapy Centre, waar ze nu Associate Trainer is. Daarnaast is ze Associate Trainer aan het Oxford Mindfulness Centre. Als onderzoeksclinicus aan de University of Oxford Department of Psychiatry heeft ze een bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van evidence-based behandelingen voor depressie en angststoornissen, waaronder MBCT. Ze ontwikkelde en leidde het Oxford Diploma in Cognitive Therapy, het Oxford Diploma/MSc in Advanced Cognitive Therapy Studies en (met Mark Williams) het Oxford Master of Studies Program in Mindfulness-Based Cognitive Therapy. Dr. Fennell is een Honorary Fellow bij de British Association of Behavioural and Cognitive Psychotherapies (BABCP) en is in 2002 door de leden van de BABCP verkozen tot 'meest invloedrijke vrouwelijke cognitieve therapeut in het Verenigd Koninkrijk'.

Thorsten Barnhofer, PhD, is een Heisenberg Fellow aan Charité, de gezamenlijke medische faculteit van Freie Universität Berlin en Humboldt-Universität, waar hij de neurale mechanismen van mindfulnessstraining in de behandeling en preventie van depressie onderzoekt. Voorheen werkte hij in de groep

van professor Williams aan het Oxford Department of Psychiatry, waar hij betrokken was bij onderzoek naar MBCT voor suïcidale en chronische depressie. Hij is een cognitief gedragstherapeut en yogadocent en geeft regelmatig MBCT-trainingworkshops en -retraites voor professionals in de psychische gezondheidszorg.

Rebecca Crane, PhD, MA, DipCot, is directeur van het Centre for Mindfulness Research and Practice aan Bangor University in Wales. Voorheen werkte ze in de psychische gezondheidszorg als ergo- en integratief therapeut. Dr. Crane geeft wereldwijd onderricht en training in MBCT en op mindfulness gebaseerde stressreductie (MBSR) en is een gecertificeerd MBSR-trainer aan het Center for Mindfulness in Medicine, Health Care, and Society aan de University of Massachusetts Medical School.

Sarah Silverton, DipCot, MEd, doceert aan het Centre for Mindfulness Research and Practice aan Bangor University, Wales. Ze heeft uitgebreide ervaring als ergotherapeut, counselor en mindfulnessdocent en -trainer. Ze is de auteur van *The Mindfulness Breakthrough*.

Zindel Segal, PhD, is hoogleraar psychologie aan de University of Toronto–Scarborough en gespecialiseerd in stemmingwisselingen. Zijn onderzoek richt zich op kwetsbaarheid voor en voorkoming van stemmingstoornissen. Hij heeft meer dan tien boeken en 150 wetenschappelijke artikelen op zijn naam staan. Daarnaast is hij medeoprichter van de Academy of Cognitive Therapy en zet hij zich in voor de toepassing van op mindfulness gebaseerde klinische therapie in de psychiatrie en de psychische gezondheidszorg.

John Teasdale, PhD, bekleedde een bijzondere leerstoel aan de MRC Cognition and Brain Sciences Unit van de University of Cambridge. Hij is medeoprichter van de Academy of Cognitive Therapy en onderzoeksfellow aan de British Academy en de Academy of Medical Sciences. Daarnaast heeft hij de Distinguished Scientist Award van Division 12 (Society of Clinical Psychology) van de American Psychological Association ontvangen. Sinds zijn pensionering onderwijst hij wereldwijd inzichtsmeditatie.