

BACHELORTHESE

# MINDFUL EXPOSURE: EERSTE BEVINDINGEN & THEORIE

Y.M. Kleissen

OPLEIDING PSYCHOLOGIE  
VAKGROEP PGT

BEGELEIDERS  
Prof. dr. K.M.G. Schreurs  
Dr. M.M. Veehof

## Samenvatting

Het huidige onderzoek brengt in kaart wat therapeuten met ervaring in mindfulnessmeditatie (n = 6) ervaren terwijl ze Mindful exposure ondergaan. Mindful exposure is een interventie waarbij de cliënt onder begeleiding van een therapeut een pijnlijke herinnering oproept, en vervolgens zijn aandacht laat rusten op wat er in het lichaam te voelen is. De methode wordt ingezet bij traumagerelateerde problematiek.

De studie heeft twee doelen. Het eerste doel is onderzoeken of Mindful exposure effectief is in het verminderen van levendigheid en emotionaliteit van de herinnering. Het tweede doel is onderzoeken van patronen in de ervaringen tijdens Mindful exposure. Voor dit tweede doel zijn semi-gestructureerde interviews gehouden.

De levendigheid en emotionaliteit van het herinneringsbeeld blijken significant af te nemen. Uit de interviewdata volgt een voorlopige theorie over de werking van Mindful exposure bij de huidige populatie. De belangrijkste stelling van deze theorie is dat afname van emotie en verandering in de betekenis van de situatie bij Mindful exposure tot stand komt door toelaten. Toelaten bestaat daarbij uit benaderen, laten gebeuren en erbij blijven. Mindful exposure kan daarnaast ook leiden tot verandering in het zelfgevoel, inzicht in de eigen emotionele reacties en inzicht in processen van emotieregulatie.

De gevonden afname in emotionaliteit is aanzienlijk en lijkt vergelijkbaar met die na één sessie EMDR. Potentiële voordelen van Mindful exposure boven andere traumabehandelingen worden besproken. Ook wordt de gevonden theorie in verband gebracht met recente conceptualisaties van experientiele vermijding als instandhoudende factor bij traumagerelateerde klachten.

De patronen in ervaringen zijn onderzocht volgens grounded theory. De gehanteerde onderzoeksoptzet blijkt gedetailleerde informatie op te leveren over welk gedrag leidt tot welk effect, en welke factoren dit gedrag beïnvloeden. Zodoende kunnen elementen uit de opzet ook voor ander interventieonderzoek worden overwogen.

## Summary

The present study examines experiences of therapists experienced in mindfulness meditation (n = 6) while subjected to Mindful Exposure. Mindful Exposure is a therapist-led intervention in which clients evoke a painful memory and then direct the attention to bodily sensations. The intervention is used in treatment of traumarelated problems. This study has two main aims. The first aim was to examine the effectiveness of Mindfulness exposure in reducing vividness and emotionality of painful memories. The second aim was to explore patterns in experiences during Mindful exposure. For this aim, semi-structured interviews were conducted.

In the present sample, vividness and emotionality of the memory decrease significantly. From the interview data, a preliminary theory emerged on the working mechanism of Mindful exposure. The theory's main proposition is that in Mindful exposure, reduction in emotionality and change of meaning follows from allowing of experiences. Allowing shows to have three facets: approaching, letting happen whatever happens, and staying with it. In addition, Mindful exposure can bring about change in feelings about the self, insight in own emotional responding and insight in processes of emotion regulation.

The present reduction in emotionality is substantial and seems comparable to what is observed in a single session EMDR. Potential benefits of Mindful Exposure above other treatments for traumarelated problems are discussed. The discovered theory is related to recent conceptualisations of experiential avoidance as a maintaining factor in traumarelated problems.

The method used to explore patterns in experiences is based on grounded theory. It enabled collecting detailed information about what behaviour leads to what effect, and about factors that influence this behaviour. Therefore, certain elements from this design may be considered for future intervention research.

## Voorwoord

Ik heb met plezier aan dit onderzoek gewerkt. Een aantal mensen wil ik graag bedanken voor hun bijdrage.

Karlein, ik dank je voor je duidelijkheid, het heeft me enorm geholpen.

Ger, bedankt voor je praktische hulp en tips, en voor wat ik de afgelopen jaren van je heb geleerd op het gebied van mindfulness.

Alle cursisten, bedankt voor jullie medewerking.

Martine, ik vond het prettig om met je te werken.

Ymke Kleissen, april 2014

## **Inhoudsopgave**

### **Inleiding 7**

Groeiende interesse voor mindfulness bij traumagerelateerde problematiek **8**

Mindful exposure **10**

### **Methode 12**

Respondenten **12**

Procedure **12**

Afwijkingen van het behandelprotocol **13**

Meetinstrumenten **14**

Maten van levendigheid en emotionaliteit **14**

Interviewschema **14**

Data-analyse **14**

T-tests **14**

Grounded theory **15**

### **Resultaten 16**

Levendigheid en emotionaliteit **16**

Mondeling gerapporteerde ervaringen **17**

Emotie ervaren **17**

Verandering ervaren **20**

Samenhang ervaren **22**

### **Discussie 25**

Samenvatting **25**

De gevonden afname in emotionaliteit in vergelijking met EMDR **25**

Naar een grounded theory van Mindful exposure **26**

De gevonden theorie **26**

Discussie van de gevonden theorie **27**

Discussie van de huidige studie **28**

Reikwijdte van de huidige resultaten **28**

Wetenschappelijke stand van zaken **29**

Methode van onderzoek **31**

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek **32**

Aanbevelingen voor de praktijk **32**

Slotwoord **33**

Referenties **33**

Bijlage 1: Afwijkingen van het behandelprotocol **38**

Bijlage 2: Interviewschema **39**

Bijlage 3: Structuur van de data-aggregatie **41**

## Inleiding

Mindful exposure is een interventie waarbij de cliënt onder begeleiding van een therapeut een pijnlijke herinnering oproept, en vervolgens zijn aandacht laat rusten op wat er in het lichaam te voelen is. De methode is gebaseerd op een interventie uit de Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) en is ontwikkeld door Ger Schurink. Er is nog geen wetenschappelijk onderzoek naar gedaan (G. Schurink, persoonlijke communicatie, 11 oktober 2013).

Mindful exposure wordt ingezet bij klachten waarbij betekenisvolle gebeurtenissen uit het verleden een belangrijke rol lijken te spelen. In het huidige artikel wordt naar deze behandelingen verwezen met de term traumabehandeling. Mindful exposure heeft daarbij hetzelfde indicatiegebied als andere traumabehandelingen (G. Schurink, persoonlijke communicatie, 11 oktober 2013). Dit indicatiegebied omvat ten eerste posttraumatische stressstoornis (PTSS) (De Jongh & Ten Broeke, 2003). PTSS is een vorm van psychopathologie die kan ontstaan als iemand een ingrijpende gebeurtenis<sup>1</sup> heeft meegemaakt. De stoornis kenmerkt zich door herbelevingen, vermijding van stimuli die gerelateerd zijn aan de gebeurtenis en toegenomen arousal (Vandereycken, Hoogduin en Emmelkamp, 2008). Ook bij onder andere paniekstoornis, sociale angst, specifieke fobieën, reactieve stemmingsstoornissen, rouw, obsessief-compulsieve stoornis, gegeneraliseerde angststoornis, aanpassingsstoornis, eetstoornissen en problematiek kunnen ervaringen uit het verleden een rol spelen, en kan traumabehandeling nuttig zijn (De Jongh & Ten Broeke, 2003; Boelen & Rijkeboer, 2002). Hetzelfde geldt wanneer een extreem negatief zelfbeeld centraal lijkt te staan in de problematiek (De Jongh & Ten Broeke, 2003). In de huidige tekst wordt naar het betreffende indicatiegebied verwezen met de term traumagerelateerde problematiek.

Recente visies op psychopathologie gaan er vanuit dat traumagerelateerde klachten in stand worden gehouden door vermijding van innerlijke ervaring en externe stimuli, experiëntiële vermijding genoemd (Walser & Westrup, 2007; Hayes, Wilson, Gifford, Follette & Strosahl, 1996; Barlow, Allen & Choate, 2004). Een recente meta-analyse vond dat

---

<sup>1</sup> Hiermee wordt bedoeld op de intrinsieke aversiviteit van de ervaring, niet op de psychologische gevolgen

experientiële vermijding inderdaad de relatie tussen traumatische gebeurtenissen en general psychological distress medieert (Chawla & Ostafin, 2007).

Op dit moment wordt bij traumabehandeling vaak Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) (Shapiro, Snyder & Maxfield, 2002) gebruikt. EMDR is bewezen effectief bij PTSS (Foa, Keane, Friedman & Cohen, 2009) en blijkt in een meta-analyse efficiënter dan de enige andere bewezen effectieve traumabehandeling, cognitieve gedragstherapie (Van Etten & Taylor, 1998). Bij een EMDR-behandeling haalt de cliënt zich de vervelende herinnering voor de geest, waarna hij met zijn ogen zijdelingse handbewegingen van de therapeut volgt. Dit gebeurt in series: de oogbewegingen worden afgewisseld met pauzes waarin de therapeut aan de cliënt vraagt wat er bij hem op komt. Er wordt gestopt met de oogbewegingen als er in de pauzes geen nieuwe associaties meer opkomen (De Jongh & Ten Broeke, 2003). EMDR blijkt te leiden tot reductie van de angst behorende bij de traumatische herinnering, verandering in de betekenisverlening en afname van flashbacks, intrusies en slaapproblemen (Shapiro, 1990; De Jongh & Ten Broeke, 2003). Het is op dit moment nog niet bekend wat precies werkzame elementen van EMDR zijn (Gunter & Bodner, 2009).

In onderzoek naar EMDR wordt veel gebruik gemaakt van maten van levendigheid en emotionaliteit van de herinnering (bijvoorbeeld Gunter & Bodner, 2008; Engelhard, Van den Hout, Janssen & Van der Beek, 2010; ). Dit sluit aan op cognitieve modellen van traumatische herinneringen. Volgens het model van Ehlers en Clark (2000) zou PTSS onder andere ontstaan wanneer de herinnering aan een ingrijpende gebeurtenis slecht geïntegreerd is in het autobiografisch geheugen. Wanneer herinneringen integreren in het autobiografisch geheugen, zouden ze hun levendigheid verliezen en minder emotie oproepen (Brewin, 2001). PTSS-symptomen zouden dan afnemen (Ehlers & Clark, 2000). Een geslaagde traumabehandeling zou dus moeten leiden tot afname van levendigheid en emotionaliteit van de herinnering.

### **Groeiende interesse voor mindfulness bij traumagerelateerde problematiek**

De laatste jaren is er groeiende interesse in de mogelijkheden van mindfulness bij behandeling van traumagerelateerde problematiek (Kalill, Treanor en Roemer, 2013). Iemand die mindfulness beoefent, merkt zijn ervaringen op precies zoals ze zijn, en laat ze er



zijn, zonder ze te veranderen (Williams, Segal, Teasdale & Kabat-Zinn, 2007). Vaardigheid hierin kan worden geoefend in meditaties (Williams, Segal, Teasdale & Kabat-Zinn, 2007). Het is de verwachting dat mindfulness helpt traumagerelateerde klachten te verminderen (Follette & Vijay, 2009; Kalill, Treanor & Roemer, 2013). Ze is immers de tegenpool van de vermijding die deze klachten in stand houdt. Uit een overzicht van drie correlatieve studies (Vujanovic, Niles, Pietrefesa, Schmertz & Potter, 2011) blijkt dat indices van mindfulness inderdaad negatief samenhangen met posttraumatische stresssymptomen.

Naar mindfulness bij traumagerelateerde klachten is nog weinig interventieonderzoek gedaan. Er zijn ook nog geen mindfulnessinterventies bekend specifiek gericht op verwerking van ingrijpende gebeurtenissen. Een recente meta-analyse wijst uit dat mindfulnessinterventies effectief zijn bij psychologische problemen in het algemeen, in het bijzonder bij angststoornissen en depressie (Khouri et al., 2013).

Het beperkte effectonderzoek naar mindfulness bij traumagerelateerde klachten dat tot dusver bekend is, wijst erop dat mindfulness inderdaad kan helpen. King et al. (2013) rapporteerden over een pilotstudie naar een MBCT-programma aangepast voor PTSS bij oorlogsveteranen. De auteurs vonden in de MBCT-groep een afname van PTSS-symptomen, met name op het gebied van vermijding, en een afname van PTSS-gerelateerde cognities. Kalill, Treanor en Roemer (2013) geven een overzicht van vier andere effectstudies naar mindfulness als behandeling van PTSS. Zij concluderen dat de inzet van mindfulness veelbelovend lijkt, maar dat aanvullend onderzoek nodig is.

Één van de studies uit het genoemde overzicht is die van Kearney, McDermott, Malte, Martinez en Simpson (2013). Deze auteurs onderzochten in een pilot-rct effecten van een aanvullende mindfulnessinterventie bij oorlogsveteranen. Daarbij werkten ze met een standaard Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR)-programma. In vergelijking met de controlegroep (TAU) werden in de experimentele groep (TAU + MBSR) matig tot grote effecten op onder andere PTSS-symptomen en depressie gevonden. Deze waren niet significant. In de discussie bevelen ze vervolgonderzoek naar een specifiekere aanpak aan: '... persons with PTSS might benefit from a more targeted focus on subtle manifestations of avoidance and specific assistance staying present with a nonjudgmental attitude when trauma cues are present' (p. 23). Dit is precies wat Mindful exposure biedt.

## Mindful exposure

Mindful exposure is in 2003 ontwikkeld door Ger Schurink, gz-psycholoog/psychotherapeut en docent MBCT. Hij ontwikkelde de methode toen EMDR niet aansloeg bij een cliënt die hij ook met mindfulness behandelde. Inmiddels is Mindful exposure een vast onderdeel van de MBCT-cursussen die Schurink geeft. Zodoende zijn inmiddels zo'n 500 therapeuten opgeleid in de methode. Hoeveel van hen de interventie ook in de praktijk gebruiken, is niet bekend. Er zijn in ieder geval zo'n twintig therapeuten geweest die Schurink hebben laten weten dat ze Mindful exposure als standaard traumabehandeling zijn gaan gebruiken, in plaats van EMDR (G. Schurink, persoonlijke communicatie, 11 oktober 2013).

Mindful exposure wordt vaak geïntegreerd in een op mindfulness gebaseerde behandeling. De methode kan echter ook als op zich staande behandeling worden toegepast. Dat ligt het meest voor de hand bij klachten die zijn ontstaan na aanleiding van één enkele gebeurtenis (Schurink, persoonlijke communicatie, 11 oktober 2013).

Mindful exposure bestaat uit zes stappen (Schurink, 2009)<sup>2</sup>:

- het zoeken van een beeld (startpunt) dat de nare herinnering nu het best weergeeft
- het richten van de aandacht op het lichaam waar de gevoelens het meest voelbaar zijn
- het steeds om de 10 a 20 seconden vragen: Wat ervaar je nu?
- als er geen nare gevoelens meer zijn of bij stagnatie, teruggaan naar startpunt
- doorgaan tot het beeld geen nare gevoelens meer oproept, of de sessie ten einde loopt
- nabespreken en het afspreken van huiswerkoefeningen.

De huiswerkoefeningen bestaan eruit dat de cliënt de methode zelf thuis in aangepaste vorm kan doen, als er emotioneel zeer naar boven komt.

Volgens Schurink werkt de methode in de praktijk uitstekend (Schurink, 2009), zowel bij milde emotionele reacties als bij complexe PTSS-klachten. Dit hoort hij ook van collega's

---

<sup>2</sup> Het behandelprotocol kan worden opgevraagd bij Ger Schurink: [gerschurink@mbcttrainingen.nl](mailto:gerschurink@mbcttrainingen.nl)

en cursisten. Als gevolg van Mindful exposure neemt de emotionele lading behorend bij het beeld af. Cliënten functioneren beter en de problematiek wordt minder. Daarnaast neemt het welbevinden vaak toe. Er is op dit moment nog geen wetenschappelijk onderzoek gedaan dat deze praktijkobservaties kan staven.

Qua vorm en indicatiegebied lijkt Mindful exposure op EMDR. Mindful exposure heeft een aantal voordelen boven EMDR. Cliënten leren tijdens Mindful exposure vaardigheden om zelfstandig emotionele ervaringen te verwerken. Ze kunnen die vaardigheden vervolgens ook in andere situaties gebruiken. Daarnaast is de methode direct gericht op vermijding, hetgeen uitvalspercentages zou kunnen terugbrengen (Zayfert et al., 2005).

Gezien de werkzaamheid van Mindful exposure in de praktijk en gezien de potentiële voordelen die de methode biedt boven EMDR, lijkt het de moeite waard om deze interventie te onderzoeken. Het eerste doel van de huidige studie is onderzoeken of Mindful exposure bij therapeuten met ervaring in mindfulnessmeditatie effect heeft op de emotionaliteit en levendigheid van het opgeroepen beeld. Aangezien er nog weinig over Mindful exposure bekend is, lijkt daarnaast hypothesegenererend onderzoek gepast. Het tweede doel van deze studie is dan ook het onderzoeken van patronen in de ervaringen van therapeuten met ervaring in mindfulnessmeditatie tijdens het ondergaan van Mindful exposure. Het resultaat hiervan is een voorlopige theorie over de werking van Mindful exposure bij de huidige populatie.

Er is gekozen voor een populatie van therapeuten met ervaring in mindfulnessmeditatie omdat verondersteld wordt dat zij nauwkeurig in staat zijn hun innerlijke ervaringen op te merken en onder woorden te brengen. Op basis van praktijkervaringen en vergelijkbaar onderzoek naar EMDR is de verwachting dat de levendigheds- en emotionaliteitsscores na de interventie zijn afgenomen. Het onderzoek gaat uit van een kritisch-realistische wetenschapsbenadering: er is een objectieve werkelijkheid, maar ons begrip daarvan is altijd een constructie (Maxwell, 2012).

## Methode

### Respondenten

De respondenten waren zes vrouwen, met leeftijd tussen de 47 en 61 jaar (gem 53,8, s.d. = 5). Ze werkten als eerstelijnspsycholoog, gz-psycholoog, studentenpsycholoog, cognitief-gedragstherapeutisch werker en verliesbegeleider (twee keer). Drie van de respondenten waren professioneel geschoold op het gebied van mindfulness, de andere drie hadden als deelnemer een mindfulnesscursus gevolgd. Persoonlijke meditatie-ervaring liep uiteen van weinig ('ik mediteer nauwelijks') tot zeer ervaren ('drie jaar of langer waarvan minimaal een halfjaar bijna dagelijks'). Professioneel gebruik van mindfulness varieerde van 'niet' tot 'bij elk cliëntencontact'. Nauwkeuriger gegevens staan in tabel 1.

Tabel 1: Respondentengegevens

ID	Geslacht	Leeftijd	Functie	Meditatie-ervaring	Professionele scholing in mindfulness	Gebruik mindfulness in cliëntencontact (in % van totale aantal contacten)
A	vrouw	57	eerstelijnspsycholoog	ervaren	ja	20 – 30 %
B	vrouw	61	gz-psycholoog	weinig ervaren	nee	(ontbreekt)
C	vrouw	47	studentenpsycholoog	ervaren	ja, ACT	10 – 15 %
D	vrouw	55	verliesbegeleider	weinig ervaren	nee	80 %
G	vrouw	53	verliesbegeleider	weinig ervaren	nee	0 %
I	vrouw	50	cgt*- werker	zeer ervaren	ja, MBCT	100 %

\*= cognitief gedragstherapeutisch

### Procedure

Het onderzoek vond plaats tijdens een tweedaagse cursus Mindful exposure en verwerking voor therapeuten. De cursus werd geleid door Ger Schurink. Het doel van de cursus was dat cursisten Mindful exposure verantwoord leerden toepassen bij cliënten. Deelnemers aan de cursus waren therapeuten met ervaring in mindfulness.

Tijdens deze cursus oefenden deelnemers onderling met het toepassen van Mindful exposure. Zodoende ondergingen de deelnemers de interventie ook. Hierbij werkten ze met een eigen pijnlijke herinnering. Naar de eigen pijnlijke herinnering was vooraf door de cursusleider gevraagd met de woorden: *'Zoek als voorbereiding op de cursus een of enkele*

*gebeurtenissen die je hebt meegemaakt, waar je nu nog steeds heftige emoties bij voelt. Dus, herinneringen aan oud zeer dat nog niet helemaal verwerkt is. Omdat het om een cursus gaat, kies je bij voorkeur iets dat redelijk overzichtelijk is en waar je mee voor de dag durft te komen'* (G. Schurink, persoonlijke communicatie, 13 oktober 2013). Deze ervaring, het ondergaan van Mindful exposure bij deze eigen pijnlijke herinnering, is onderzocht.

De deelnemers oefenden in drietallen, waarbij één deelnemer de therapeutenrol had, één cliënt was en de laatste observeerde. Therapeuten vroegen naar levendigheid- en emotionaliteitsscores, terwijl observatoren deze vastlegden. Observatoren werd daarnaast verzocht eventuele afwijkingen van het behandelprotocol te noteren. Cliënten werd gevraagd direct na de sessie hun ervaringen te noteren op een notitieblad. Het doel hiervan was respondenten hun ervaringen beter te laten onthouden tot het moment van interviewen.

De interviews werden gehouden in de pauzes van het cursusprogramma. Interviews duurden tussen de twintig en dertig minuten. Die tijd die verstreek tussen de interventie en het moment van interviewen wisselde. Dit liep uiteen van onmiddellijk na de interventie tot achttien uur nadien. Interviews werden begonnen zonder aantekeningen: pas als respondenten geen nieuwe ervaringen meer konden rapporteren, werd het notitieblad geraadpleegd. Wegens beperkte tijd zijn uiteindelijk bij zes van de tien cursisten gegevens verzameld.

### **Afwijkingen van het behandelprotocol**

De therapeuten waren in opleiding en beheersten de methode nog niet volledig. Hierdoor werd de procedure niet altijd volgens de beschreven zes stappen uitgevoerd. De volgende afwijkingen zijn voorgekomen: het oorspronkelijke beeld werd vaker opgeroepen dan de bedoeling was, er zat teveel tijd tussen de vragen 'wat ervaar je nu', er werd halverwege het protocol gewisseld van therapeut, de docent nam het een keer over en er werd voor de vraag 'wat ervaar je nu' een andere formulering gebruikt dan de bedoeling was. In bijlage 1 staat een overzicht van afwijkingen van het protocol per respondent.

## **Meetinstrumenten**

### **Maten van levendigheid en emotionaliteit**

Levendigheid- en emotionaliteitscores zijn tijdens de sessie gemeten en vastgelegd. De voormeting vond plaats direct na het oproepen van het beeld, de nameting bij het beëindigen van de procedure. De precieze formulering van de huidige vragen is gebaseerd op Ernst (2011).

Naar levendigheid werd gevraagd met de woorden: *“Als je het beeld in gedachten neemt, hoe levendig voelt dat dan, geschat op een schaal lopend van 0, helemaal niet levendig, tot en met 10, zo levendig als het maar kan?”* Naar emotionaliteit werd gevraagd met de woorden: *“Als je het beeld in gedachten neemt, hoe naar voelt dat dan, geschat op een schaal lopend van 0, helemaal niet naar, tot en met 10, zo naar als het maar kan?”*

### **Interviewschema**

Het interview werd gehouden op basis van een interviewschema (zie bijlage 2). Het interview begon met een vraag het opgeroepen beeld te beschrijven. Daarna werd de volgende vraag gesteld: 'Wat heb je ervaren?'. Hierna werd ongestructureerd doorgevraagd met als doel te komen tot een zo concreet mogelijke beschrijving van de ervaring.

Vervolgens werd na elke ervaring gevraagd 'Heb je nog meer ervaren?' en werd opnieuw ongestructureerd doorgevraagd. Dit gebeurde net zo lang tot er geen nieuwe ervaringen meer naar boven kwamen. Daarna werd de respondent gevraagd wat er bij hem veranderd was tijdens Mindful Exposure. Wanneer er niet langer spontaan nieuwe veranderingen werden genoemd, werd specifieker doorgevraagd of er veranderingen waren in lichamelijke gewaarwordingen, in de manier waarop de respondent naar dingen kijkt en in gedrag en gedragsneigingen. Tot slot werd gevraagd hoe de respondent zich direct na afloop van de interventie voelde. Wanneer er geen spontane beschrijvingen meer kwamen, werd doorgevraagd naar lichamelijke sensaties, gedachten en gedragsneigingen.

De interviews zijn opgenomen met een laptop en vervolgens getranscribeerd.

### **Data-analyse**

#### **T-tests**

De verschillen tussen voor- en nameting van levendigheid en emotionaliteit zijn getoetst met een gepaarde t-toets. Eerst zijn de verschillen berekend. Vervolgens zijn deze getest op

normaliteit met behulp van de toets van Kolmogorov- Smirnov en normale waarschijnlijkheidsplots. Beiden wezen geen afwijking van de normaalverdeling aan. Het kwam twee keer voor dat een respondent als levendigheds- of emotionaliteitsscore twee getallen noemde en hier niet tussen kon kiezen. In dat geval is zowel bij de voor- als bij de nameting het laagste getal gebruikt.

### **Grounded theory**

De interviews zijn geanalyseerd vanuit grounded theory. Grounded theory is een systematische methode om theorie te bouwen op basis van empirische gegevens (Glaser & Strauss, 1967).

De interviews zijn geanalyseerd met behulp van softwarepakket Atlas.ti. De interviews zijn gecodeerd volgens het principe van *line-by-line coding* (Tweed & Charmaz, 2012; Charmaz 2000). Iedere uitspraak krijgt een label dat op conceptueel niveau weergeeft wat er in dat stuk tekst gebeurt. Dit label is de conceptuele code. In het huidige onderzoek heeft de analist (Y.K.) zich de vraag gesteld: 'Wat gebeurt hier?' De toegekende code geeft antwoord op die vraag. Om te zorgen dat de codes verwezen naar concepten, heeft de analist zich de vraag gesteld: 'Zou deze code ook in andere interviews kunnen voorkomen?'

Codes zijn in uitgangspunt geschreven in de infinitief. Dit is gedaan op basis van Tweed en Charmaz (2012). Deze auteurs adviseren *gerund coding* in het Engelse taalgebied. Volgens hen helpt dat om later verbindingen tussen de data te herkennen. Omdat het gerundium in het Nederlands weinig wordt gebruikt, is gekozen voor de infinitief. Alleen ervaren veranderingen zijn soms in het voltooid deelwoord gecodeerd. Dit is gebeurt wanneer ze zich aandienen als resultaat ('inzicht hebben gekregen in eigen reacties').

De respondenten spraken tijdens de interviews over meer dan alleen hun ervaringen tijdens Mindful exposure. Ze brachten daarnaast onder andere de opgeroepen herinnering ter sprake, evenals ervaringen met mindfulness in het algemeen en reflecties op de procedure. Alleen uitspraken over de directe ervaring tijdens de sessie zijn gecodeerd. Om te bepalen of iets een ervaring is, heeft de analist zich de vraag gesteld: 'Is dit iets dat (1) de respondent zelf (2) tijdens de huidige Mindful exposure- sessie heeft gemerkt?' Wanneer relevant, zijn bij codes aanduidingen van tijd toegevoegd, waardoor deze de vorm kregen van 'infinitief (bepaling van tijd)'. Dus: 'er met de aandacht bij zijn (gedurende hele Mindful

exposure)'. Wanneer een respondent factoren noemt die de ervaring hebben beïnvloed, zijn die gecodeerd als 'x leidt tot y' of 'x gaat samen met y' ('aanmoediging docent leidt tot toestemming voelen om verdriet te voelen').

Na het coderen is gecontroleerd of de conceptuele codes eenduidig te interpreteren waren. Daarna zijn codes gesorteerd aan de hand van de vraag 'Welke clusters zijn er te onderscheiden?' Hieruit kwamen drie conceptuele categorieën naar voren. Binnen die categorieën zijn gelijksoortige codes samengevoegd tot bredere concepten, en zijn de bredere concepten wanneer van toepassing ingedeeld in subcategorieën en eigenschappen van een categorie. Uit deze conceptualisatie volgt een theorie over Mindful exposure bij de huidige populatie.

De precieze structuur van data-aggregatie verschilt tussen categorieën, alsmede het niveau van aggregatie waaruit de theorie voortkomt. De conceptualisatie volgt bij grounded theory immers de data (Glaser, 2011). Bijlage 3 is een weergave van de structuur en het niveau van aggregatie dat in de theorie terugkomt. Overigens worden de termen conceptuele code, breder concept, subcategorie, categorie en eigenschap alleen gebruikt om de structuur van de het aggregatieproces te expliciteren. Er is geen inhoudelijk verschil tussen de termen (Glaser, 2011): ze refereren allemaal naar het conceptualiseren van een emergent patroon.

## Resultaten

### Levendigheid en emotionaliteit

In tabel 2 worden gemiddelden, standaarddeviaties, t-scores en betrouwbaarheidsintervallen gegeven van levendigheds- en emotionaliteitsscores. De levendigheidsscore blijkt significant te zijn afgenomen na Mindful exposure. De gemiddelde afname bedroeg 6.6 punten. De emotionaliteitsscore bleek eveneens significant lager te zijn geworden na de interventie. De gemiddelde afname bedroeg 6.3 punten.

**Tabel 2: Beschrijvende statistiek en resultaten t-toets voor levendigheid en emotionaliteit**

Maat	Voormeting		Nameting		n	95% BI	t	df
	M	SD	M	SD				
Levendigheid	8.4	1.8	1.8	2.5	5	-8.7, -4.5	-8.8*	4
Emotionaliteit	8.0	1.7	1.7	2.3	6	-9.2, -3.5	-5.7**	5

\* p = 0.0005

\*\* p = 0.001



## Mondeling gerapporteerde ervaringen

De ervaringen van respondenten tijdens Mindful exposure laten zich weergeven in drie categorieën. Dit zijn (1) emotie ervaren, (2) verandering ervaren en (3) samenhang ervaren.

De ervaringen van respondent B bleken opvallend af te wijken van die van de andere respondenten. Ze rapporteert dat ze eigenlijk niet met de betreffende herinnering had willen werken, en dat ze actief heeft geprobeerd de emoties die deze herinnering oproep, te vermijden. Wanneer ervaringen of citaten van deze respondent komen, is dit vermeld.

### Emotie ervaren

<i>Aard van de emotie ervaren (6/6)*</i> <ul style="list-style-type: none"><li>- angst ervaren (3/6)</li><li>- boosheid ervaren (2/6)</li><li>- verdriet ervaren (4/6)</li><li>- blijdschap ervaren (2/6)</li> <li>- gekrenktheid ervaren (1/6)</li><li>- eenzaamheid ervaren (1/6)</li> <li>- machteloosheid ervaren (2/6)</li><li>- verbazing ervaren (5/6)</li> <li>- opluchting ervaren (1/6)</li><li>- rust ervaren (4/6)</li></ul>	<i>Dynamiek van de emotie ervaren (6/6)</i> <ul style="list-style-type: none"><li>- opkomen van een emotie (5/6)</li><li>- overgaan van de ene in de andere emotie (2/6)</li><li>- afzwakken van een emotie (4/6)</li><li>- terugkomen van een emotie (1/6)</li> <li>- weg zijn van een emotie (2/6)</li><li>- blijven zitten van een emotie (1/6)</li> <li>- constant blijven van een emotie (1/6)</li></ul>
<i>Fysieke component van de emotie ervaren (6/6)</i> <ul style="list-style-type: none"><li>- emoties in specifieke lichaamsdelen ervaren (6/6)</li><li>- de emotie door het hele lichaam ervaren (1/6)</li></ul>	<i>Tijdsverloop van de emotie ervaren (4/6)</i> <ul style="list-style-type: none"><li>- ervaren dat de emotie er onmiddellijk is (3/6)</li><li>- ervaren dat het moeilijk is om bij de emotie te komen (1/6)</li></ul>

Figuur 1: Emotie ervaren

\* (aantal respondenten/ totaal aantal respondenten)

In figuur 1 wordt samengevat wat respondenten tijdens Mindful exposure ervoeren op het gebied van emoties. Er komen vier eigenschappen van het ervaren van emotie naar voren: (1) de aard, (2) de fysieke component, (3) de dynamiek, en (4) het tijdsverloop en van de emotie.

(1) Er werden verschillende emoties ervaren. Angst, boosheid en verdriet werden veel genoemd: *‘De allerbelangrijkste emotie was de angst. Die ik weer voelde van: oh jee hij gaat dood.’* Ook blijdschap werd ervaren. Het valt op dat dit meestal tegen het eind van de

sessie gebeurde: *'...later kwam die blijdschap, omdat ik ook zag van: het valt allemaal wel mee, ofzo. Het is niet zo erg, zoals het toen leek.'* Tevens werden gekrenktheid, eenzaamheid en machteloosheid gerapporteerd. Deze emoties kwamen op bij het oproepen van het beeld. Wanneer het ME-proces eenmaal op gang was, werden alleen nog ervaren wat wel basisemoties worden genoemd: angst, boosheid, verdriet, blijdschap en verbazing (Sauter, Eisner, Ekman & Scott, 2010). Machteloosheid werd bovendien ervaren als reactie op de Mindful exposure-procedure: *'Machteloosheid om iets onder woorden te brengen. Omdat ik dan de woorden daarvoor niet had. Wel iets voelde, maar dan wist ik niet wat het woord was.'* Hiernaast ervoeren meerdere respondenten verbazing over de dynamiek van het proces en over de heftigheid of aard van de opgekomen emotie: *'Wat ik heb ervaren, en dat verbaast me, want voor mij is hoogte altijd gekoppeld geweest aan angst, was heel veel verdriet.'* *'Ja. Ik was héél verbaasd. Maar zo was het wel.'* Tot slot werd er opluchting en rust ervaren. De rust kwam meestal later in de sessie: *'[Eerst] stond de angst voorop, (...) de tweede keer was het meer boosheid en later.. toen dat wegzakte, kwam de kalmte.'*

(2) De meeste respondenten blijken de emoties te ervaren in een specifiek gebied in hun lichaam: *'En dat voelde ik ook heel erg in.. nou ja, de plaatsen waar van alles gebeurt als je verdrietig bent. Hè, onder je ogen, ik voelde druk onder mijn ogen (...)'* Er werd vaak nauwgezet over de fysieke component van de emotie gerapporteerd. Dat lijkt logisch voort te komen uit de aard van de procedure: de aandacht is immers steeds op de verschillende lichaamsdelen gericht geweest. Er was echter ook een respondent die voor een bepaalde emotie geen specifieke plek in het lichaam kon aanwijzen.

(3) Bijna alle respondenten ervoeren dynamiek in de emoties: er wordt genoemd dat ze opkomen, overgaan in een andere emotie, afzwakken en terugkomen: *'Binnen twintig seconden van hup, boos, (...) dat het alle kanten uit flipt, kan flippen. En hoe daar ook een wijziging in kan zitten, dat het ook weer terug kan komen en weg kan ebben en dat er weer wat anders voor in de plaats kan komen.'* Soms is de emotie aan het eind van de procedure verdwenen, soms resteert er nog emotie. Bij respondent B bleef de emotie gedurende de interventie constant.

(4) Een groot deel van de respondenten ervoer dat de emotie meteen op zijn hoogtepunt was: *'[H]et beeld was er, en het verdriet was al maximaal zal ik maar zeggen.'* Er

was echter ook een respondent die het aanvankelijk moeilijk vond om bij de emotie te komen.

Samengevat rapporteren respondenten veel emoties wanneer gevraagd naar hun ervaringen tijdens Mindful exposure. Welke emotie werd ervaren, verschilt van persoon tot persoon. Alle respondenten ervoeren de emotie fysiek in hun lichaam. De emotie is vaak bij het begin van de procedure maximaal, hoewel er ook een respondent was die moeite ervoer om de emotie op te roepen. Als het proces eenmaal op gang is, blijken gevoelens van angst, verdriet en boosheid veelvoorkomend. Blijdschap wordt soms tegen het eind van de procedure ervaren, nadat de aanvankelijke emotie is afgezwakt. Respondenten ervaren over het algemeen veel dynamiek in de emoties: deze komen, veranderen en zwakken af. Soms is de emotie aan het eind van de procedure verdwenen, en is er rust voor in de plaats gekomen. Soms resteert er nog wat emotie. Het merendeel van de respondenten ervaart verbazing over wat er tijdens Mindful exposure met hun emoties gebeurt. Respondent B ervoer geen verandering in emoties.

## Verandering ervaren

**Figuur 2: Verandering ervaren**

<p><i>Veranderingen ten aanzien van het beeld (3/6)</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Het beeld roept minder emoties op (3/6)</li><li>- Er is (meer) vermogen om naar het beeld te kijken (2/6)</li><li>- Het beeld is veranderd of verdwenen (2/6)</li></ul> <p><i>Veranderingen ten aanzien van de situatie (5/6)</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- De situatie heeft een andere betekenis gekregen (3/6)</li><li>- Er is erkenning dat de situatie lastig of onveranderbaar is (2/6)</li><li>- Er is het gevoel los te zijn van de situatie, de situatie te kunnen laten voor wat hij is (2/6)</li><li>- Er is een andere emotie opgekomen bij de situatie (3/6)</li></ul> <p><i>Veranderingen in het zelfgevoel (3/6)</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Er is een gevoel van innerlijke sterkte (2/6)</li><li>- Er is het gevoel dat de emotie er mag zijn (2/6)</li><li>- Er is meer acceptatie van zichzelf of anderen (1/6)</li><li>- Er is een positiever zelfbeeld (2/6)</li></ul> <p><i>Veranderingen in het emotionele reactiepatroon (3/6)</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Er is meer inzicht in eigen reacties (3/6)</li><li>- Er is besef anders te kunnen reageren (1/6)</li><li>- Er is besef anders te willen reageren (1/6)</li><li>- Er is de verwachting anders te zullen reageren in de toekomst (1/6)</li></ul> <p><i>Verandering met betrekking tot het proces van emotieregulatie (3/6)</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Er is besef dat benaderen en toelaten helpt (2/6)</li><li>- Er is besef dat emoties duidelijk voelbaar zijn in het lichaam (1/6)</li><li>- Er is besef dat je ervaringen innerlijk kunt verwerken (1/6)</li></ul> <p><i>Verwacht vervolg op de verandering (2/6)</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Er is het voornemen om verder met de bovengekomen emoties aan het werk te gaan (2/6)</li></ul> <p><i>Afwezigheid van verandering (1/6)</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Er is geen enkele verandering ervaren (1/6)</li></ul>
---

In figuur 2 wordt samengevat welke veranderingen respondenten ervoeren. Deze kunnen worden ingedeeld in (1) veranderingen ten aanzien van het beeld, (2) veranderingen ten aanzien van de situatie, (3) veranderingen in het zelfgevoel, (4) veranderingen in het emotionele reactiepatroon, (5) veranderingen met betrekking tot het proces van emotieregulatie en (6) voornemens voor de toekomst. Respondent B ervoer geen verandering.

(1) Afname van de emotie bij het beeld wordt vaak genoemd als verandering: *'Dus in het begin had ik dan ook, het beeld, nou ik gaf het een 6, qua pijn om naar te kijken, omdat ik dus dat hele allenige, pijnlijke gevoel had, en aan het eind was het ook 0, toen zát ik daar*

*gewoon.*’ Daarnaast wordt gerapporteerd van toegenomen vermogen om naar het beeld te kijken (*‘Dat ik nu naar dat beeld wil kijken, kan kijken. En anders keek ik nooit naar dat beeld.’*) en het verdwijnen of veranderen van het beeld.

(2) Er wordt verandering van de betekenis van de situatie gerapporteerd: *‘[M]et het ophalen van het beeld zag ik hem daar liggen, en toen zag ik ook in één keer: ja maar zoals hij erbij ligt, lijkt hij niet iemand die dood gaat. Hij was niet blauw of benauwd of pijn of...’*. Ook is er toegenomen erkenning dat de situatie nu eenmaal lastig is (*‘... zo van: nou ja dat is ook niet makkelijk, hè, om te zitten bij een zus waarvan je weet dat ze nóóit zal gaan vragen: ‘hoe gaat het met jou?’*), en de ervaring meer ‘los’ komen te staan van de situatie en de situatie meer kunnen laten voor wat hij is. Ook komt er door de interventie soms een andere emotie op bij de betreffende situatie: *‘Maar die boosheid, die zat er eerder niet zo in, nee.’*

(3) Er worden gevoelens van innerlijke sterkte, gevoelens dat de emotie er mag zijn, toegenomen acceptatie van zichzelf of anderen en een positiever zelfbeeld gerapporteerd. Een voorbeeld van verandering uit de laatste categorie: *‘Dat ik [in het begin] heel sterk voelde van, nou ik eh.. ja.. het maakt niet uit of ik er nou wel of niet ben, want niemand vraagt toch hoe het met mij gaat. En aan het eind (...), toen dacht ik nou... ze hoeven het niet eens te vragen, ik mag hier gewoon zitten.’*

(4) Respondenten ervaren meer inzicht in hun eigen reacties: *‘..ik ben ook wel gaan kijken naar, dat het ook met de erkenning te maken had, dat je je ook niet erkend voelt. (...) Het zeer van, wat ik bij die werksituaties mee heb gemaakt, dat raakt nu aan die erkenning wat met mijn ouders te maken heeft.’* Ook verwachten ze verandering in het toekomstig gedrag: *‘.. onder dat spreij. Dan kan ik gewoon wachten tot ie klaar is met z’n leuke dingetje, en als ik er onder vandaan kom, kan ik hem alsnog een schop onder z’n kont geven. In plaats van heel bang te worden en te huilen enneh.. bang te zijn dat ik stik. Dat besef. (...) Van ‘ik kan wel voor mezelf opkomen, straks.’*

(5) Respondenten rapporteren toegenomen besef dat benaderen en toelaten van ervaringen helpt (*‘... als beelden je achtervolgen, dat snap ik nu ook beter, kun je maar beter eens in dat beeld duiken, dan er maar voor weg te lopen.’*), besef dat emotie sterk voelbaar is in het lichaam en besef dat je ervaringen innerlijk kunt verwerken.

(6) Tot slot komt het voor dat respondenten het voornemen krijgen om met de bovengekomen emoties aan de slag gaan: *'Het moet nog verder werken. Dat is mijn conclusie eigenlijk. Ja. Hier ga ik mee aan de slag.'*

Samengevat ervaren respondenten onder andere afname van emotie, verandering in de betekenis van de situatie en verandering in zelfgevoel. Ook rapporteren ze meer inzicht in de eigen reacties, inzicht in processen van emotieregulatie en voornemen om verder met de bovengekomen emoties aan het werk te gaan.

### **Samenhang ervaren**

**Figuur 3: Samenhang ervaren**

- Toelaten leidt tot afname van de emotie (4/6)
  - benaderen leidt tot afname van de emotie (1/6)
  - loslaten van controle wordt ervaren als ruimte krijgen (1/6)
  - erbij blijven leidt tot afname van de emotie (1/6)
- Toelaten leidt tot verandering van de betekenis van de situatie (1/6)
  - benaderen leidt tot verandering van de betekenis van de situatie (1/6)
- Afwezigheid van of minder toelaten gaat samen met minder of geen afname van de emotie (2/6)
  - vermijden gaat samen met geen afname van emotie (1/6)
  - controle houden gaat samen met minder afname van emotie (1/6)
  - afdwalen wordt ervaren als onderbreking proces (1/6)
- Gradatie van toelaten bepaalt gradatie van afname emotie (2/6)
- Toelaten wordt beïnvloed door
  - Persoonsgebonden factoren (2/6)
    - iemands persoonlijke eigenschappen (2/6)
    - iemands wil om aan het trauma te werken (1/6)
  - Therapeutgebonden factoren (4/6)
    - tijd tussen de vragen 'Wat ervaar je nu?' (3/6)
    - aanmoedigingen van de therapeut (1/6)
  - Contextgebonden factoren (1/6)
    - context (trainingssituatie / onbekende mensen) (1/6)
    - totale tijd die er voor de sessie is (1/6)

In figuur 3 wordt samengevat welke samenhang respondenten rapporteerden. Dit zijn (1) toelaten leidt tot afname van emotie, verandering van betekenis en zelfgevoel, (2) afwezigheid van of minder toelaten leidt tot afwezigheid van of geen afname van emotie, (3) gradatie van toelaten bepaalt gradatie van afname emotie, (4) invloeden op toelaten.

(1) Het merendeel van de respondenten ervaart dat toelaten van de emotie leidt tot afname ervan. Zoals respondent I zegt: *'... [de emotie was] al een beetje aan het zakken. Toen merkte ik al van dat ik hè.. dat ik het verdriet een beetje kon toelaten zeg maar. Maar toen ik eenmaal het helemaal had toegelaten, toen was het echt weg.'* Respondenten geven verschillende namen aan wat er precies leidt tot de afname van emotie. Respondent G noemt benaderen van het beeld: *'Ik voelde ook eerst mijn hartslag helemaal tekeer, en toen ik dan toch naar dat beeld durfde te gaan, toen werd ik toch ook weer rustiger.'* Respondent D noemt loslaten van de controle: *'ik wilde er toch nog een beetje controle op houden, dat eh de emoties, dat ik die niet teveel wilde laten zien. En gaandeweg ging die dichtgeknepen keel ook wel verder open, waardoor je eh, denk ik ook mezelf meer ruimte gaf.'* Respondent C noemt met de aandacht bij de sensaties blijven: *'Dat kwam op een gegeven moment op, die paniecreactie. Had ik heel erg de neiging ook om mijn ogen open te doen en te stoppen, want ik vond het niet prettig. En ik heb dat niet gedaan. En toen zakte het ook wel af. En toen kon ik eigenlijk rustig blijven zitten.'*

Daarnaast wordt ervaren dat benaderen leidt tot verandering van de betekenis van de situatie: *'[M]et het ophalen van het beeld zag ik hem daar liggen, en toen zag ik ook in één keer: ja maar zoals hij erbij ligt, lijkt hij niet iemand die dood gaat. Hij was niet blauw of benauwd of pijn of...'*

(2) Ook wordt ervaren dat niet toelaten samengaat met minder afname van emotie. Respondent B noemt vermijding: *'[M]ijn... de neiging is een beetje om van de situatie weg te gaan. Dus wel een beetje in mijzelf te zakken.'* *'Dat je niet zo heel erg wakker bewust bent. Je gaat niet slapen, maar een beetje.. een beetje.. wat dromerig bewustzijn hebt, waardoor je gewoon niet zo helder aanwezig bent. En dan eh.. heb je er ook minder last van.'* Ze rapporteerde dat ze aan het eind nog net zoveel spanning ervoer als in het begin. Respondent D noemt moeite om de controle los te laten: *'[Ik ervoer] dus eigenlijk, eh.. ingehouden verdriet. Waar ik.. merkte van, daar wil ik toch nog.. controle over eh houden.'* *'Ik ben niet iemand die dat allemaal meteen helemaal leeggooit.'* Dit koppelt ze aan het gegeven dat er aan het eind van de sessie nog emotie zat. Respondent C noemt afdwalen als onderbreking van het proces: *'[Dan] kan ik snel afdwalen, of raak ik snel kwijt waar ik 'in' zit, ik moet er wel een beetje 'in' blijven.'* *'[H]et kan wel zo zijn dat als ik er echt uit ben, dat ik*

zeg: *stop maar met de oefening want ik kom er niet meer bij.*' De samenhang met afname van emotie is bij toelaten explicieter dan bij niet-toelaten. Dat is verklaarbaar: verandering direct na een bepaalde handeling is makkelijker op te merken dan afwezigheid van verandering.

(3) Uit de eerste quote onder het kopje 'toelaten' blijkt dat respondent I ervaart dat de gradatie van toelaten bepaalt in hoeverre de emotie afneemt. Respondent D lijkt hier ook op te duiden met haar eerder beschreven uitspraak: *'Ik ben niet iemand die dat allemaal meteen helemaal leeggooit.'*

(4) In de rapportages van de respondenten komen verschillende factoren naar voren die invloed hebben op het toelaten van de emotie. Ze zijn op te delen in (i) persoonsgebonden, (ii) therapeutgebonden en (iii) contextgebonden variabelen. De citaten bij persoons- en contextgebonden variabelen komen van respondent B. (i) De persoonsgebonden variabelen omvatten persoonlijke eigenschappen, in het bijzonder de neiging om zich open te stellen (*'ik denk écht niet dat ik in zo korte tijd eh.. toelaat, want zo zit ik natuurlijk ook wel wat in elkaar, om dat te openen'*), en motivationele factoren: *[V]olgens mij ben ik niet zo'n gemotiveerde cliënt, dus is dat een beetje het probleem, omdat ik gewoon denk: ja hallo, ik heb daar gewoon geen zin meer in.'* (ii) De therapeutgebonden factoren omvatten de tijd tussen de vragen 'Wat ervaar je nu?' en tussentijdse aanmoedigingen. De tijd tussen de vragen wordt veelgenoemd. Veel tijd tussen de vragen leidt tot afdwalen: *'Nou wat ik merkte was... dat er niet teveel tijd tussen 'wat ervaar je nu' moet zitten, (...) want dan raak ik het kwijt.'* Een andere respondent: *'Intussen kon ik allerlei andere dingen eh.. doen en denken'*. Een tussentijdse aanmoediging van de therapeut blijkt de respondent te helpen toelaten: *'Nou hij zei ook van, ik zie dat je verdrietig bent, en sta het jezelf maar toe om verdrietig te zijn (...). En ik denk dat dat wel heel erg belangrijk was, dat ik toestemming voelde om dat maar gewoon te voelen. (...) Toen moest ik huilen.'* Als (iii) contextgebonden factoren worden genoemd de context en de beschikbare tijd. Beiden komen naar voren in het volgende citaat: *'Ik denk écht niet dat ik in zo korte tijd eh.. toelaat (...). Met vreemde mensen. Die ik daar niet voor uitgekozen heb.'* Van de genoemde factoren zijn de therapeutgebonden factoren de enige waarvan de causale invloed expliciet werd ervaren. De persoons- en contextgebonden factoren worden door respondenten



waargenomen en maken als zodanig deel uit van de ervaring. Er worden echter geen directe ervaringen gerapporteerd waaruit hun causale effect blijkt.

Samengevat rapporteren respondenten dat toelaten leidt tot een afname van emotie. Ze rapporteren dat niet of minder toelaten samengaat met geen of minder afname van emotie. Hierbij wordt gerapporteerd dat de mate van afname van emotie wordt bepaald door de mate van toelaten. Respondenten rapporteren dat persoons-, therapeut- en contextgebonden factoren toelaten beïnvloeden. De causale invloed van therapeutgebonden factoren blijkt uit de rapportage van directe ervaring; de persoons- en contextgebonden factoren worden door respondenten toegeschreven.

## **Discussie**

### **Samenvatting**

De huidige studie had als eerste doel om te bepalen of Mindful exposure bij therapeuten met ervaring in mindfulnessmeditatie effectief is in het verminderen van de levendigheid en emotionaliteit van het opgeroepen beeld. Op basis van praktijkervaringen was de verwachting dat de levendigheid en emotionaliteit van het beeld zouden afnemen. Dit blijkt het geval. In de komende paragraaf wordt deze afname verder geduid.

Het tweede doel van de studie was het onderzoeken van patronen in de ervaringen van respondenten tijdens Mindful exposure. Op basis van de gerapporteerde ervaringen is een categorisatie tot stand gekomen. De resultatensectie geeft deze categorisatie weer. Deze categorisatie bevat een theorie van Mindful exposure. De theorie wordt in een latere paragraaf expliciet geformuleerd.

### **De gevonden afname in emotionaliteit in vergelijking met EMDR**

De emotionaliteit van het beeld nam in de huidige studie af van gemiddeld 8.0 naar gemiddeld 1.7. Deze afname lijkt ongeveer even sterk als die bij één sessie EMDR. Grainger, Levin, Allen-Byrd, Doctor en Lee (1997) vonden bij overlevenden van een natuurramp na één sessie EMDR een afname van emotionaliteit van het beeld van 7.7 naar 1.9; Wilson, Silver, Covi en Foster (1996) vonden bij mensen met traumagerelateerde klachten een afname van 7.6 naar 0.4; Rogers et al. (1999) vonden bij oorlogsveteranen een afname van 7.4 naar 0.4 en Dunn, Schwartz, Hatfield en Wiegele (1996) vonden bij studenten met een bovengemiddelde score op de Impact of Events Scale een afname van 7.8 naar 4.5. Deze gegevens zouden er op kunnen wijzen dat Mindful exposure even effectief is als EMDR in het

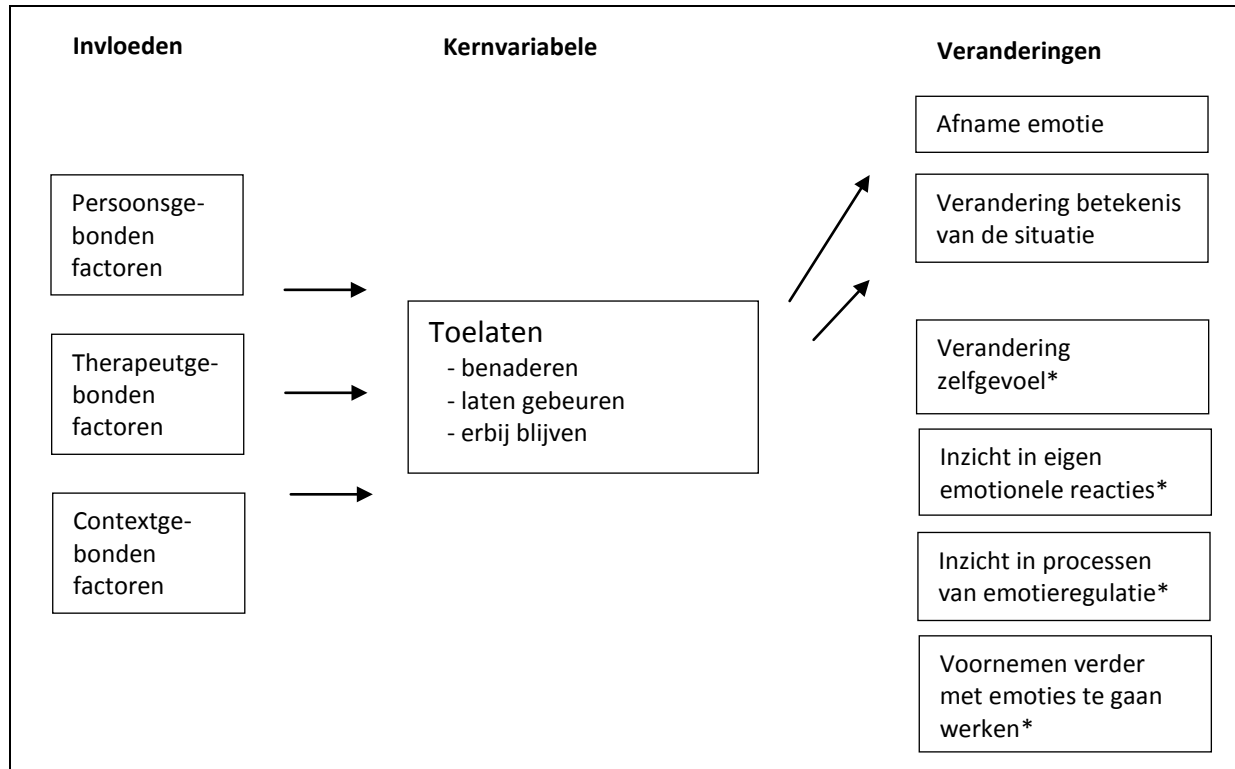
verminderen van de emotionaliteit van het beeld. Aangezien het verschillende populaties betreft, is voorzichtigheid bij de interpretatie van deze gegevens echter gepast. Implicaties voor vervolgonderzoek worden in een latere paragraaf besproken. Naar levendigheid is geen vergelijkbaar onderzoek bekend.

### **Naar een grounded theory van Mindful exposure**

#### **De gevonden theorie**

Of Mindful exposure verandering bewerkstelligt, wordt bepaald door toelaten. Er is een continuüm van toelaten tot niet toelaten, waarbij de mate van toelaten de mate van verandering bepaalt. Toelaten heeft drie aspecten, te weten benaderen – vermijden, laten gebeuren – controle houden en erbij blijven – afdwalen. Toelaten betekent dat er emoties in het lichaam worden ervaren, die een eigen dynamiek hebben en mettertijd afnemen. Er zijn een aantal factoren van invloed op toelaten. Deze omvatten persoons-,therapeut-, en contextgebonden factoren. Toelaten tijdens Mindful exposure kan leiden tot afname van de emotie en verandering van de betekenis van de situatie. Tijdens Mindful exposure kunnen daarnaast de volgende veranderingen optreden: verandering in het zelfgevoel, meer inzicht in eigen emotionele reacties, meer inzicht in processen van emotieregulatie en voornemen om verder met de bovengekomen emoties aan de slag te gaan. De huidige data geven geen aanwijzingen over hoe deze veranderingen tot stand komen.

**Figuur 4: Voorlopige theorie over de werking Mindful exposure bij therapeuten met ervaring in mindfulnessmeditatie**



\*Deze veranderingen treden op als gevolg van Mindful exposure. Uit de data volgen geen hypothesen over hoe deze verandering tot stand komen.

### Discussie van de gevonden theorie

De huidige theorie levert inzicht op in het werkzame element bij Mindful exposure, en in de factoren die dat werkzame element beïnvloeden. Toelaten lijkt het werkzame element. Wanneer met die veronderstelling naar het behandelprotocol wordt gekeken, blijkt dat alle onderdelen daarvan erop gericht zijn dit toelaten te bevorderen. Tegelijkertijd is dit werkzame element niet uniek voor Mindful exposure of mindfulness. Ook therapeutische tradities als de cliëntgerichte benadering, de gestalttherapie en de psychoanalyse wordt het belang van bewustzijn van en openheid voor innerlijke ervaringen onderkend (Hayes et al., 1996). Tegen die achtergrond komt op basis van de huidige bevindingen ook een algemenere hypothese naar voren over het verwerken van pijnlijke herinneringen. Wellicht leidt toelaten tot herstel van ingrijpende gebeurtenissen, onafhankelijk van de precieze behandelvorm- of context. Mindful exposure kan dan worden opgevat als vorm waarin goed gebruik wordt gemaakt van dit principe. De hypothese sluit aan bij de conceptualisatie van experiëntiële vermijding als instandhoudende factor bij

traumagerelateerde klachten, en expliciteert wat herstel hiervan zou helpen: benaderen, laten gebeuren en erbij blijven.

De beschreven theorie lijkt nog niet verzadigd. Het belangrijkste begrip in de theorie, toelaten, is nog maar beperkt uitgewerkt. Zo blijft het onduidelijk wát er precies wordt toegelaten. De ene respondent noemt toelaten van het beeld, een ander noemt toelaten van de emotie. Een mogelijke hypothese is dat het gaat om toelaten van wat er tijdens Mindful exposure gebeurt. Ook blijft onuitgewerkt hoe de verschillende aspecten van toelaten zich tot elkaar verhouden. Daarnaast staat de precieze invloed van persoons- en contextgebonden variabelen nog ter discussie. Ze zijn meer gebaseerd op post hoc rationalisaties van een respondent dan op directe ervaring. Voorts lijken de beïnvloedende factoren nog niet uitputtend beschreven. Een aanwijzing hiervoor is dat een respondent terloops rapporteerde dat de aanwezigheid van de therapeut op zich al verschil maakte, zonder dat duidelijk werd wat voor verschil. Tot slot is het nog onduidelijk of toelaten ook van invloed is op de verandering in het zelfgevoel, inzicht in eigen emotionele reacties, inzicht in processen van emotieregulatie en voornemen om verder met de bovengekomen emotie aan de slag te gaan.

Verder onderzoek naar de theorie zou deze hiaten in de theorie kunnen opvullen. Hiertoe zouden aanvullende data moeten worden verzameld (Glaser & Strauss, 1967). Er kunnen nieuwe interviews worden ontworpen, waarbij specifiekere vragen worden gesteld over toelaten. Ook kwantitatieve gegevens (Glaser & Strauss, 1967) en bestaande theorie (Glaser, 2002) kunnen gebruikt worden als data voor het genereren van theorie. Op basis van deze gegevens wordt het begrip toelaten verfijnd. Er wordt doorgedaan met dataverzamelen en verfijnen van het begrip tot dit is verzadigd (Glaser & Strauss, 1967). Om het toepassingsgebied van de theorie te verbreden, zou vervolgens onderzoek moeten worden uitgebreid naar andere populaties (Glaser & Strauss, 1967).

## **Discussie van de huidige studie**

### **Reikwijdte van de huidige resultaten**

De huidige studie maakt gebruik van retrospectieve zelfrapportage. Dat wil zeggen dat de huidige resultaten niet direct weergeven wat de respondenten ervaren hebben; de resultaten geven weer wat de respondenten zéggen dat ze ervaren hebben. Dat is iets

anders. Ten eerste wordt een ervaring onder woorden gebracht die van zichzelf niet verbaal van aard is. De rapportage kan dus a priori niet de precieze ervaring weerspiegelen. Ten tweede kunnen geheugeninvloeden en de interactie met de interviewer de weergave hebben gekleurd.

In het bijzonder kunnen overtuigingen over emotieregulatie de resultaten hebben gevormd. De respondenten waren immers deelnemers aan een cursus over Mindful exposure en verwerking, en leerden in die hoedanigheid over het belang van toelaten voor verwerking. Daar komt bij dat de interviewer (Y.K.) zelf ook getraind was in Mindful exposure en bekend met samenhangende visies op het omgaan met emoties. Het zou interessant zijn om te onderzoeken of respondenten en onderzoekers zonder deze achtergrond vergelijkbare ervaringen rapporteren.

Ook afgezien daarvan is het belangrijk om de specifieke eigenschappen van de huidige populatie in ogenschouw te nemen. Het betrof (1) therapeuten met ervaring in mindfulness (2) die werkten met eigen nare herinneringen (3) in een trainingssetting. Dit betekende ten eerste dat de respondenten er al in getraind zijn hun emoties te observeren en toe te laten. Ten tweede: de aard van de herinneringen liep nogal uiteen. Sommige leken gerelateerd aan psychische klachten, anderen leken alledaagser en minder ontwrichtend. Tot slot was er sprake van een trainingssetting, waarbij cursusgenoten en de docent meekeken en waarbij de therapeuten de methode nog niet altijd beheersten.

Zodoende is niet zonder meer te verwachten dat ervaringen bij een andere populatie in een andere situatie hetzelfde uitpakken. In het bijzonder is het de vraag wat er gebeurt bij cliënten met PTSS: er zijn auteurs die stellen dat traumatische herinneringen fundamenteel verschillen van andere herinneringen (zie bijvoorbeeld Brewin, 2001).

### **Wetenschappelijke stand van zaken**

De werkzaamheid van mindfulness bij angst- en stemmingsstoornissen in het algemeen was reeds bekend (Khoury et al., 2013). Zoals besproken bestond voor de effectiviteit van mindfulnessinterventies bij PTSS ook al enige ondersteuning. Er was nog geen mindfulnessinterventie onderzocht die specifiek is gericht op traumagerelateerde klachten. De huidige studie biedt ondersteuning voor een specifieke, op traumagerelateerde klachten gerichte interventie op basis van mindfulness. Daarnaast is de huidige studie de eerste

bekend die hypothesen formuleert over welk gedrag leidt tot welke onmiddellijke veranderingen bij deze interventie.

Er is een sterke afname van emotionaliteit en levendigheid gevonden, die zich in omvang laat vergelijken met die bij EMDR. Tegelijkertijd suggereren de resultaten verandering in betekenis, zelfgevoel, inzicht in eigen emotionele reacties en inzicht in processen van emotieregulatie. Een aantal van deze veranderingen, met name de afname van emotie en veranderingen in de betekenis, lijkt erg op de veranderingen die EMDR bewerkstelligt (zie daarvoor De Jongh & Ten Broeke, 2003). Wanneer deze veranderingen in vervolgstudies over langere termijn worden gevonden, en ze vergelijkbaar zijn met de effecten van EMDR, zou Mindful exposure EMDR kunnen vervangen.

Dit heeft drie mogelijke voordelen. Ten eerste geldt dat cliënten vermoedelijk zelfredzamer worden. Mindful exposure leert cliënten vaardigheden om zelfstandig emotionele ervaringen te verwerken. De cliënt kan de methode immers in aangepaste vorm ook zonder therapeut gebruiken. Bij de EMDR-procedure daarentegen lijkt de cliënt voor zijn herstel afhankelijk van de therapeut. Mindful exposure geeft de cliënt dus meer regie over zijn moeilijkheden.

Ten tweede geldt dat de geleerde vaardigheden kunnen generaliseren, waardoor ook comorbide problematiek verbetert. Traumagerelateerde klachten staan vaak niet op zichzelf. Er komt veel comorbiditeit voor, zowel bij PTSS (Davidson & Fairbank, 1993) als bij andere beschreven stoornissen waarbij belastende ervaringen een rol kunnen spelen (Brown & Barlow, 2009). Zoals al beschreven lijkt vermijding van emotionele ervaringen bij al deze stoornissen een instandhoudende rol te spelen. Als iemand eenmaal heeft ervaren dat juist het toelaten helpt, en daarvoor vaardigheden tot zijn beschikking heeft, kan hij deze emotieregulatiestrategie wellicht ook gebruiken in andere situaties die heftige emoties oproepen. Ook comorbide stoornissen kunnen dan verbeteren (Barlow, 2011).

Als cliënten leren zelfstandig pijnlijke herinneringen te verwerken, en als het effect hiervan bovendien generaliseert naar comorbide problematiek, hebben ze uiteindelijk minder professionele hulp nodig. Dit spaart ook maatschappelijke kosten.

Het derde potentiële voordeel van Mindful exposure is dat het zich makkelijk laat integreren in een op mindfulness gebaseerd behandeltraject, waardoor Mindful exposure

mogelijk meer cliënten bereikt dan andere traumabehandelingen. PTSS- behandelingen kennen hoge uitvalspercentages (Zayfert et al., 2005; Hembree et al., 2003). Zayfert et al. (2005) vonden dat deze uitval bij cognitieve gedragstherapie voorspeld werd door vermijdingssymptomen en ernst van depressie. De auteurs suggereren dat meer cliënten de behandeling zouden afmaken als expliciet aandacht werd besteed aan onder andere vermijding. Dit is precies wat er bij een behandeling op basis van mindfulness gebeurt. De therapie kan beginnen met mindfulnessoefeningen gericht op het leren herkennen en toelaten van lichamelijke sensaties en gedachten. Deze vaardigheden kunnen dan later worden ingezet bij de feitelijke traumabehandeling (G. Schurink, persoonlijke communicatie, 11 oktober 2013). Zo kan Mindful exposure in potentie ook cliënten bereiken die bij andere traumabehandelingen uit zouden vallen.

#### **Methode van onderzoek**

De huidige onderzoeksopzet blijkt concrete en bruikbare informatie op te leveren over de ervaren veranderingen bij een behandeling, het precieze gedrag dat deze bewerkstelligt en de invloeden hierop. Drie elementen lijken bepalend voor het succes van de huidige aanpak: de afwezigheid van theoretische preconcepties, de beperkt gecontroleerde omgeving en de gehanteerde codeerstrategieën. Deze elementen uit de onderzoeksopzet worden aangeraden voor ander interventieonderzoek.

Onderzoek zonder theoretische preconcepties heeft de potentie om alle zich voordoende verschijnselen op te merken. De beperkt gecontroleerde omgeving biedt de mogelijkheid op te merken onder welke voorwaarden Mindful exposure het beste werkt en welke elementen in het protocol cruciaal zijn. Coderen in het format 'x leidt tot y' levert nauwkeurige informatie op over oorzaak-gevolgrelaties en de condities waaronder ze zich voordoen. Coderen in de infinitief zorgt ervoor dat ook op hogere abstractieniveaus concreet gedrag de eenheid van analyse blijft. Samen wijzen deze elementen uit welk gedrag leidt tot welk effect, en welke factoren dat gedrag beïnvloeden. Dit is precies de informatie die nodig is om te bepalen bij welke cliënten wanneer welke behandeling zou kunnen helpen, en wat de therapeut kan doen om de kans op herstel te optimaliseren.

### **Aanbevelingen voor vervolgonderzoek**

De gevonden afname in emotionaliteit en levendigheid, alsmede de mondeling gerapporteerde veranderingen, duiden erop dat Mindful exposure een effectieve traumabehandeling kan zijn. Het lijkt daarom de moeite waard om vervolgonderzoek te richten op de beoogde doelgroep van Mindful exposure: mensen met traumagerelateerde klachten.

De huidige studie was gericht op de ervaringen *tijdens* de sessie. Dat er in de huidige studie afname van levendigheid en emotionaliteit is gevonden, hoeft niet te betekenen dat die verandering over langere termijn standhoudt. Om de effectiviteit van Mindful exposure als traumabehandeling te kunnen bepalen, is nodig dat wordt onderzocht hoe veranderingen zich mettertijd ontwikkelen. Hierbij lijkt het nuttig om te onderzoeken of de gevonden veranderingen aanhouden, verbeteren of verslechteren, wat de effecten zijn op het functioneren en gemelde symptomen en of er in de loop der tijd nog andere effecten waarneembaar worden.

Gezien de overeenkomsten tussen Mindful exposure en EMDR in vorm en gevonden veranderingen, lijkt het de moeite waard deze twee behandelingen in een rct rechtstreeks met elkaar te vergelijken. Zoals beargumenteerd zou Mindful exposure bij gelijke effecten de voorkeur kunnen verdienen boven EMDR.

Mindful exposure kan ook worden ingezet bij sequentiële problematiek (G. Schurink, persoonlijke communicatie, 11 oktober 2013). Dan wordt een gevreesd toekomstbeeld opgeroepen. Gezien de huidige bevindingen met deze interventie, lijkt ook vervolgonderzoek naar die toepassing de moeite waard.

### **Aanbevelingen voor de praktijk**

Het huidige onderzoek biedt ondersteuning voor het inzetten van Mindful exposure bij traumagerelateerde problematiek. Het levert ook een aantal concrete aanbevelingen op voor het toepassing van de methode in de praktijk.

Een relatief korte tijd tussen de vragen en aanmoedigen van de therapeut blijken behulpzaam: het strekt dan ook tot aanbeveling om de tijd tussen de vragen kort te houden en cliënten af en toe aan te moedigen. Uit off the record- informatie blijkt verder dat de precieze formulering van de vraag erg belangrijk is. Bij een iets andere vraag bleek het



moeilijker om de aandacht bij de lichamelijke sensaties te houden. Het advies is dan ook om de precieze formuleringen uit het protocol aan te houden. Voorts, wellicht een open deur, lijkt erop dat Mindful exposure alleen werkt als de cliënt ook bereid is om met de herinnering te werken. Wanneer dat niet het geval is, lijkt het beter eerst aan de bereidheid te werken.

Tot slot valt op dat Mindful exposure machteloosheid kan oproepen bij iemand die zijn ervaringen moeilijk onder woorden kan brengen. Hoewel dat in dit geval geen invloed had op de uitkomst, lijkt het toch belangrijk om hier rekening mee te houden. Met cliënten bij wie dit speelt kan het onder woorden brengen van ervaren emoties misschien beter vooraf worden geoefend.

### **Slotwoord**

Al met al blijkt Mindful exposure bij therapeuten met ervaring in mindfulnessmeditatie te werken zoals beoogd. Mindful exposure lijkt een veelbelovende behandeling voor traumagerelateerde problematiek, met potentiële voordelen boven andere traumabehandelingen. De huidige onderzoeksopzet blijkt waardevolle informatie op te leveren over welk gedrag onder welke omstandigheden leidt tot welk effect, en wordt aanbevolen voor ander interventieonderzoek.

### **Referenties**

Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy, 35*, 205-230.

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2011). *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist guide*. New York: Oxford University Press.

Barrowcliff, A. L., Gray, N. S., Freeman, T. C. A., & MacCulloch, M. J. (2004). Eye-movements reduce the vividness, emotional valence and electrodermal arousal associated with negative autobiographical memories. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 15*(2), 325-345.

Boelen, P., & Rijkeboer, M. (2002). Over gebeurtenissen van toen en problemen van nu. *Directieve therapie, 22*(3), 311-330.

Brewin, C. R. (2001). A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 373-393.

Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2009). Proposal for a dimensional classification system based on the shared features of DSM IV anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment*, 21(3), 256-271.

Charmaz, K. (2000). Grounded theory: Objectivist and constructivist methods. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (2e ed.; pp. 509-535). London: Sage Publications, Inc.

Chawla, N., & Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of Clinical Psychology*, 63(9), 871-890.

Davidson, J. R. T., & Fairbank, J. A. (1993). The epidemiology of posttraumatic stress disorder. In J. R. T. Davidson & E. B. Foa (Eds.), *Posttraumatic Stress Disorder: DSM IV and beyond*. Washington: American Psychiatric Press.

Dunn, T. M., Schwartz, M., Hatfield, R. W., & Wiegele, M. (1996). Measuring effectiveness of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) in non-clinical anxiety: A multi-subject, yoked-control design. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27(3), 231-239.

Engelhard, I. M., van den Hout, M. A., Janssen, W. C., & van der Beek, J. (2010). Eye movements reduce vividness and emotionality of 'flashforwards'. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 442-447.

Ernst, R. (2011). *Effectiviteit van oogbewegingen, klikjes en geen dubbeltaak bij EMDR in een klinische steekproef*. Masterthese, Universiteit Utrecht.

Etten, M. L. van, & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 126-144.

Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (Eds.). (2009). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford Press.

Follette, V. M., & Vijay, A. (2009). Mindfulness for trauma and posttraumatic stress disorder. In F. Didonna (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness* (pp. 299-317). New York: Springer.

Glaser, B. G. (2007). Conceptualization: On theory and Theorizing using grounded theory. *International Journal of Qualitative Methods*, 1(2), gezien op 11 maart op [http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/1\\_2Final/pdf/glaser.pdf](http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/1_2Final/pdf/glaser.pdf)

Glaser, B. G. (2011). *Getting out of the data: Grounded theory conceptualization*. Mill Valley, CA: Sociology Press.

Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago/ New York: Aldine Atherton.

Gunter, R. W., & Bodner, G. E. (2008). How eye movements affect unpleasant memories: Support for a working-memory account. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 913-931.

Gunter, R. W., & Bodner, G. E. (2009). EMDR works... but how? Recent progress in the search for treatment mechanisms. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(3), 161-168.

Grainger, R. D., Levin, C., Allen-Byrd, L., Doctor, R. M., & Lee, H. (1997). An empirical evaluation of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) with survivors of a natural disaster. *Journal of Traumatic Stress*, 10(4), 665-671.

Hayes, S. C., Wilson, K. G, Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strohsal, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.

Hembree, E. A., Foa, E. B., Dorfan, N. M., Street, G. P., Kowalski, J. & Tu, X. (2003). Do patients drop out prematurely from exposure therapy for PTSD? *Journal of Traumatic Stress*, 16(6), 555-562.

Jongh, A. de, & Broeke, E. ten (2003). *Handboek EMDR: Een geprotocolleerde behandelmethodede voor de gevolgen van psychotrauma*. Amsterdam: Pearson.

Kalill, K. S., Treanor, M., & Roemer, L. (2013). The importance of non-reactivity to posttraumatic stress symptoms: A case for mindfulness. *Mindfulness*, januari 2013.

King, A. P., Erickson, T. M., Giardino, M. D., Favorite, T., Rauch, S. A. M., Robinson, E., et al. (2013). A pilot study of group mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) for combat veterans with posttraumatic stress disorder (PTSD). *Depression and Anxiety, 30*, 638-645.

Korrelboom, C. W., & Ten Broeke, E. (2004). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie: Handboek voor theorie en praktijk*. Bussum: Coutinho.

Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., et al. (2013). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 33*, 763-771.

Lang, A. J., Schnurr, P. P., Jain, S., Raman, R., Walser, R., Bolton, E., et al. (2012). Evaluating transdiagnostic treatment for distress and impairment in veterans: A multi-site randomized controlled trial of Acceptance and Commitment Therapy. *Contemporary Clinical Trials, 33*, 116-123.

Maxwell, J. A. (2012). *A realist approach for qualitative research*. Plaats onbekend: Sage Publications, Inc.

Rogers, S., Silver, S. M., Goss, J., Obenchain, J., Willis, A., & Whitney, R. L. (1999). A single session, group study of exposure and Eye Movement Desensitization and Reprocessing in treating posttraumatic stress disorder among Vietnam war veterans: Preliminary data. *Journal of Anxiety Disorders, 13*(1-2), 119-130.

Sauter, D. A., Eisner, F., Ekman, P., & Scott, S. K. (2010). Cross-cultural recognition of basic emotions through nonverbal emotional vocalizations. *PNAS, 107*(6), 2408-2412.

Schurink, G. (2009). *Mindful exposure en verwerking*. Hand-out in cursussen MBCT.

Shapiro, F. (1990). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 20*(3), 211-217.

Shapiro, F., Snyder, E., & Maxfield, L. (2002). EMDR: Eye movement desensitization and reprocessing. In F.W. Kaslow & T. Patterson (Eds.), *Comprehensive Handbook of Psychotherapy, volume 2: Cognitive behavioural approaches* (pp. 241- 266). New York: Wiley.

Tweed, A., & Charmaz, K. (2012). Grounded theory methods for mental health practitioners. In D. Harper & A. R. Thompson (Eds.), *Qualitative research methods in mental health and psychotherapy* (pp. 131-146). West-Sussex: Wiley-Blackwell.

Vandereycken, W., Hoogduin, C. A. L., & Emmelkamp, P. M. G. (Eds.). (2008). *Handboek psychopathologie: Deel 1*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Vujanovic, A. A., Niles, B., Pietrefesa, A., Schmertz, S. K., & Potter, C. M. (2011). Mindfulness in the treatment of posttraumatic stress disorder among military veterans. *Professional Psychology: Research and Practice, 42*(1), 24-31.

Walser, R. D., & Westrup, D. (2007). *Acceptance and commitment therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder & trauma related problems*. Oakland: New Harbinger.

Wilson, D. L, Silver, S. M., Covi, W. G., & Foster, S. (1996). Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Effectiveness and autonomic correlates. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 27*(3), 219-229.

Williams, M., Teasdale, J., Segal, Z., & Kabat-Zinn, J. (2007). *Mindfulness en bevrijding van depressie: Voorbij chronische ongelukkigheid* (R. van de Weijer en S. Wagenaar, Transl.). Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.

Zayfert, C., DeViva, J. C., Becker, C. B., Pike, J. L., Gillock, K. L., & Hayes, S. A. (2005). Exposure utilization and completion of cognitive behavioral therapy for PTSD in a 'real world' clinical practice. *Journal of Traumatic Stress, 18*(6), 637-645.

## **Bijlage 1: Afwijkingen van het behandelprotocol**

### **Respondent A**

- beeld werd te vaak opgeroepen, ook als er nog geen emotionele rust was (10 x)
- de therapeut vroeg 'wat is je beleving' in plaats van 'wat ervaar je nu'. Deze vraag was voor respondent moeilijker te beantwoorden, het was moeilijk 'bij de ervaring te komen'.

### **Respondent B**

- de docent greep in en vroeg naar een ander beeld. De interventie is verder gegaan op basis van het tweede beeld. De respondent zei later dat ze hier in een trainingssetting niet mee had willen werken.

### **Respondent C**

- de tijd tussen de vragen 'wat ervaar je nu' was te lang

### **Respondent D**

- er ging een telefoon af

### **Respondent E**

- er was een wisseling van therapeut halverwege

### **Respondent F**

- de docent nam het halverwege over

## Bijlage 2: Interviewschema

### Introductie

Welkom. Fijn dat je wilt meewerken.

Zoals ik al verteld heb, ik ben Ymke Kleissen en ik doe onderzoek naar Mindful Exposure. Het doel van mijn onderzoek is om meer zicht te krijgen op wat er bij mensen gebeurt bij Mindful Exposure. Ik ben benieuwd wat mensen tijdens en vlak na Mindful Exposure ervaren.

Het huidige interview duurt ongeveer een half uur. Ik wil het gesprek graag opnemen, zodat ik het later rustig terug kan luisteren. Is dat in orde?

Ik zal het interview anoniem verwerken.

Ben je klaar om te beginnen met het interview?

### Kern

#### **Het beeld**

*Kun je beschrijven welke herinnering je hebt opgeroepen?*

Dankjewel. Nu ben ik benieuwd wat je tijdens de interventie hebt ervaren.

#### **Tijdens de interventie**

**H 1** *Wat heb je ervaren?*

*En wat nog meer?*

*(Bij weinig respons: ik wil je vragen terug te denken aan het moment dat je het beeld opriep. Wat gebeurde er toen?)*

Okee, bedankt. Ik heb nu een beeld van wat je tijdens Mindful Exposure hebt ervaren. Dan ben ik nu benieuwd wat er tijdens Mindful Exposure bij je is veranderd. Ik bedoel hiermee: in de periode vanaf het moment dat je het beeld opriep, tot de therapeut de sessie beëindigde.

**H 2** *Wat is er bij je veranderd tijdens Mindful Exposure?*

*Is er iets veranderd op het gebied van lichamelijke gewaarwordingen?*

*Is er iets veranderd op in de manier waarop je naar dingen kijkt?*

*Heb je veranderingen gemerkt in dingen die je deed of geneigd was te doen?*

### **Na afloop**

Tot slot ben ik benieuwd wat je na afloop van de interventie ervoer. Ik bedoel hiermee: op het moment dat de therapeut de sessie afsloot.

**H 3** *Hoe voelde je je direct na afloop van de interventie?*

*Welke lichamelijke sensaties had je, direct na de interventie?*

*Welke gedachten had je, direct na de interventie?*

*Had je de neiging om iets te gaan doen, direct na de interventie? Zo ja, wat?*

Nou, ik heb nu een aardig beeld van wat je tijdens Mindful Exposure hebt ervaren, en van wat er bij je veranderd is. Heb je nog iets toe te voegen aan dat wat we tot dusver hebben besproken?

Wat mij betreft kunnen we het interview afsluiten. Bedankt voor je medewerking.

Doorvragen

**Bij (bijna) elke vraag:**

En wat nog meer?

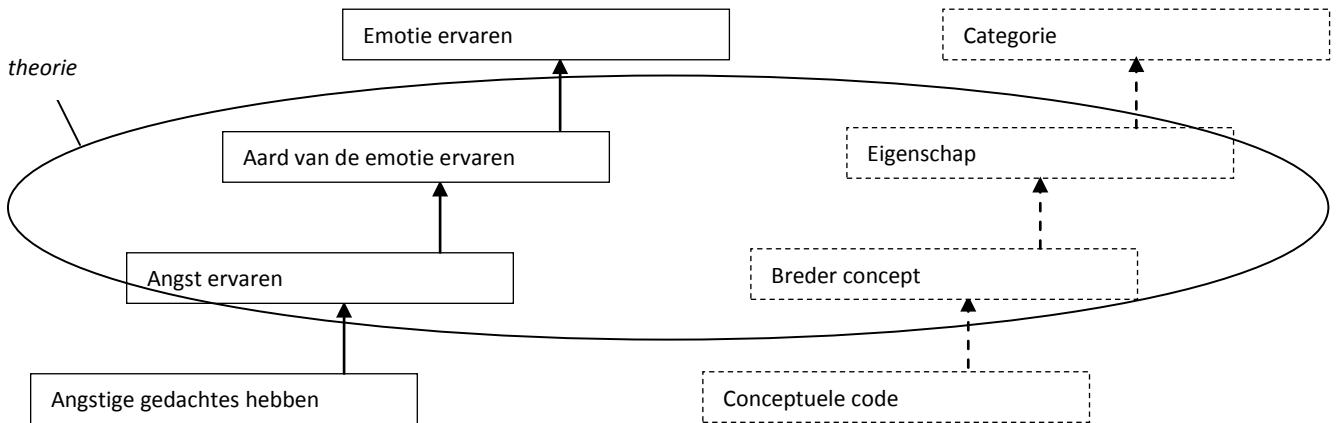
**Bij H1**

Bij elke ervaring doorvragen naar lichamelijke gewaarwordingen, denken en gedrag (‘dingen die je deed of geneigd was te doen’). Globaal overzicht houden over chronologisch verloop van ervaringen.

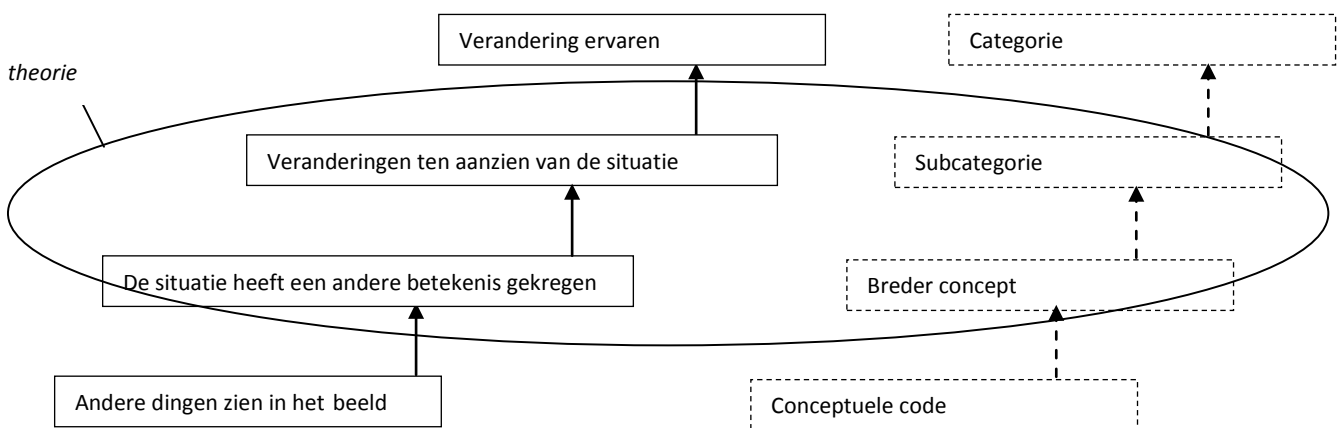


### Bijlage 3: Structuur van de data-aggregatie

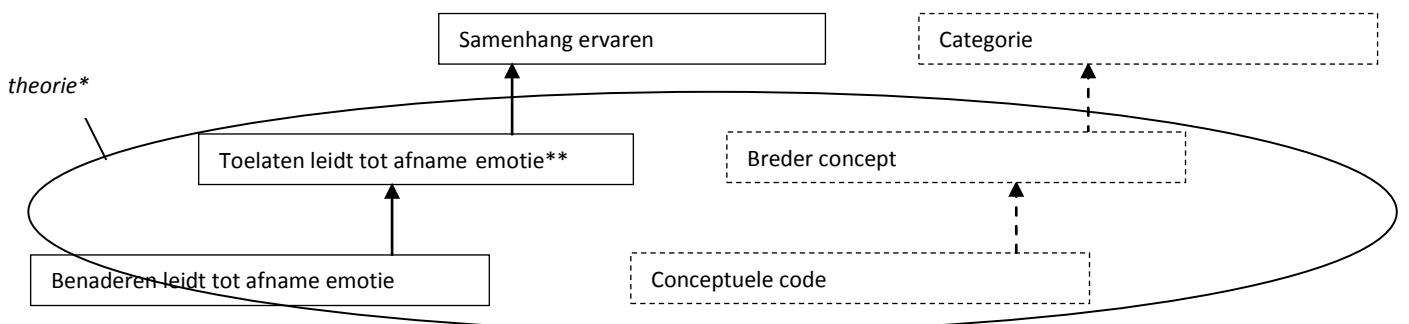
#### Emotie ervaren



#### Verandering ervaren



#### Samenhang ervaren



\*alleen bij de bredere concepten 'toelaten/ afwezigheid van toelaten leidt tot x' geldt dat ook conceptuele codes zijn terug te vinden in de theorie ('benaderen leidt tot x'). Voor het overige volgt de theorie uit bredere concepten.

\*\* de bredere concepten onder Invloeden op toelaten zijn gesorteerd in subcategorieën (persoons-, therapeut- en contextgebonden factoren) om weergave te vereenvoudigen.