

# PILOTSTUDIE NAAR DE EFFECTEN VAN MINDFULNESS VOOR MENSEN MET EEN VISUELE EN MATIGE VERSTANDELIJKE BEPERKING EN HUN BEGELEIDERS

*Pieterneel Lievense<sup>1</sup>  
Hannelies Hokke<sup>2</sup>  
Paula Sterkenburg<sup>3</sup>*

*Op mindfulness gebaseerde behandelingen staan tegenwoordig steeds meer in de belangstelling. Mindfulness blijkt effectief te zijn in de behandeling van angst, stress en pijn (Baer 2003; Chiesa, & Serretti, 2010). Ook voor mensen met een verstandelijke beperking lijkt mindfulness een bijdrage te leveren aan het verminderen van spanning en verbeteren van hun welzijn (Singh, Lancioni, Winton, Adkins, & Singh, 2009). Het is mogelijk dat mensen met een visuele en verstandelijke beperkingen eveneens baat hebben bij op mindfulness gebaseerde behandelingen. Deze pilotstudie richt zich op de effecten van mindfulness voor deze doelgroep. De studie kijkt eveneens naar de effecten van een training mindfulness voor hun begeleiders. Aan het onderzoek namen twee cliënten en acht begeleiders deel. Uit de resultaten komt naar voren dat er een verbetering is in het psychisch welbevinden van beide cliënten. De self-efficacy van begeleiders is na afloop van de training toegenomen. Zowel de cliënten als de begeleiders geven aan dat zij op mindfulness gebaseerde behandeling en training waardevol vinden.*

## **Inleiding**

De laatste jaren staan behandelingen die gebaseerd zijn op mindfulness enorm in de belangstelling. Mindfulness vindt zijn oorsprong in het Boeddhisme en is gebaseerd op meditatietechnieken. Aandacht, een niet oordelende houding en acceptatie zijn belangrijke aspecten van mindfulness (Kabat-Zinn, 1990). Uit verschillende onderzoeken komt naar voren dat mindfulness een belangrijke bijdrage kan leveren aan de behandeling van onder meer pijn, stress, angsten en depressies (Baer 2003; Chiesa & Serretti, 2010). Er is tot op heden weinig onderzoek verricht naar de toepassing van op mindfulness gebaseerde behandelingen voor mensen met een verstandelijke beperking, terwijl dit juist een populatie betreft die een hoog risico loopt op het ontwikkelen van angststoornissen, depressies of andere gezondheidsproblemen (Emerson, 2003; Robertson, 2011). Studies naar mindfulness voor mensen met een verstandelijke én visuele beperking zijn momenteel nog niet verricht. Ook voor hen lijkt mindfulness een geschikte methode voor het omgaan met stress en spanning. Om hun beperkingen te compenseren maken mensen met een visuele beperking veel gebruik van hun geheugen op het gebied van logisch denken en abstract redeneren (Gringhuis, Moonen, & Van Woudenberg, 2002). Dit betekent dat het geheugen over het algemeen meer belast wordt dan bij mensen zonder visuele beperking en kan zorgen voor overbelasting van het geheugen. Mensen met een visuele en verstandelijke beperking hebben vaak minder mogelijkheden om overbelasting en daaruit voortkomende spanning of stress te reguleren. Voor bijvoorbeeld het maken van een ontspannende wandeling of het beoefenen van een sport is begeleiding nodig. Wanneer deze mensen in staat zijn om mindfulnessoefeningen te doen, beschikken zij over de mogelijkheid om zelf hun stress en spanning te verlagen.

---

<sup>1</sup> Werkervaring (orthopedagogiek), Bartiméus

<sup>2</sup> Psychomotorisch therapeut, Bartiméus

<sup>3</sup> GZ-psycholoog, Bartiméus, Universitair Docent, VU Amsterdam

Voor mensen met een beperking zijn weinig therapievormen beschikbaar waarbij zij zelf technieken krijgen aangeleerd om klachten te verminderen. Uit onderzoek is echter gebleken dat wanneer mensen het gevoel hebben hun psychische klachten te kunnen beïnvloeden, dit een positief effect heeft op deze klachten (Spek, Van Ham & Van Lieshout, 2010). De inzet van mindfulness is bedoeld om mensen praktische handvatten te bieden waarmee men zelf invloed kan uitoefenen op ervaren klachten. Mindfulness betreft een gestructureerde therapie die weinig vaardigheden vergt op het gebied van communicatie, ‘theory of mind’ en generalisatie. Het is daarom een geschikte therapie gebleken voor mensen met bijvoorbeeld een autisme spectrum stoornis (Spek et al., 2010). Voor mensen met een licht verstandelijke beperking geldt eveneens dat er problemen zijn op het gebied van generalisatie en communicatie. Het is daarom denkbaar dat ook voor deze doelgroep mindfulness goed toepasbaar is. Singh en collega’s (2003) ontwikkelden een op mindfulness gebaseerde interventie die zij ‘Soles of the feet’ noemden. Hierbij leert iemand zijn agressie te reguleren middels meditatieoefeningen. Allereerst leert men de ‘triggers’ te herkennen die aanleiding geven tot spanning en agressie. Vervolgens leert men op momenten van aankomende agressie de aandacht te verschuiven naar een neutraal punt; de eigen voetzolen. Door de aandacht naar dit punt te verschuiven en minder op de agressie en spanning te focussen, vermindert de agressie. Op deze manier is het mogelijk om zelf controle te krijgen over spanning en daaropvolgend agressief gedrag. Het eerste onderzoek dat zij deden liet zien dat een man met een licht verstandelijke beperking en een psychische stoornis in staat was met behulp van ‘Soles of the feet’ zijn agressie te reguleren. Hierdoor was het voor hem mogelijk weer in een woongroep te gaan wonen (Singh et al., 2003). Andere onderzoeken laten eveneens zien dat behandelingen die gebaseerd zijn op mindfulness geschikt blijken te zijn voor het reduceren van agressief gedrag (Singh et al., 2012) en het verbeteren van het psychisch welbevinden (Adkins, Singh, Winton, McKeegan, & Singh, 2010), bij mensen met een verstandelijke beperking.

Uit een review van Hwang & Kearny (2013) blijkt dat mensen met lichte tot ernstige ontwikkelingsstoornissen in staat zijn om simpele mindfulnessoefeningen te leren door veelvuldig en langdurig te oefenen. Met behulp van deze oefeningen zijn zij vervolgens in staat om gedrag en psychische problemen beter te reguleren. Voor sommigen blijven begeleiders een belangrijke rol spelen bij het toepassen van oefeningen vanuit de mindfulness. Wanneer zij zelf niet goed in staat zijn bepaalde ‘triggers’ die tot spanningen leiden te herkennen, is het van belang dat begeleiders hierbij ondersteunen (Robertson, 2011).

Onderzoeksresultaten wijzen er op dat mensen met een verstandelijke beperking eveneens profiteren van begeleiding of familie die een training op het gebied van mindfulness hebben gevolgd (Chapman et al., 2013). In een analyse van zeven verschillende studies vonden Hwang & Kearny (2013) dat er directe effecten waren van het volgen van een mindfulnessstraining voor ouders of professionele begeleiders van mensen met een beperking. Tevens bleken er ‘crossover-effecten’ te bestaan voor de mensen voor wie zij zorg droegen. In het onderzoek van Singh en collega’s (2004) werden verschillen in waargenomen geluk gemeten bij cliënten met een meervoudige beperking die op een woongroep woonden. Het waargenomen geluk werd meer verhoogd wanneer zij ondersteund werden door begeleiders die een mindfulnessstraining hadden gevolgd, dan wanneer zij werden ondersteund door begeleiders die een gedragstraining kregen. In de informele observaties werd gezien dat de in mindfulness getrainde begeleiders meer aandachtig en responsief reageerden naar de cliënten dan begeleiders die alleen een gedragstraining hadden gevolgd. In een ander onderzoek (Singh et al., 2009) kregen 23 begeleiders van vier woongroepen voor mensen met een licht tot ernstige verstandelijke beperking een training mindfulness. Het aantal incidenten in de woongroep daalde en ook het aantal fysieke ingrepen om agressie van cliënten te beteugelen, nam af. Cliënten lieten daarnaast minder verbale agressie zien naar begeleiders en medebewoners. De tevredenheid bij familie over de begeleiding van de cliënten steeg en daarnaast verbeterde de arbeidstevredenheid van de begeleiders zelf. Het beoefenen van mindfulness lijkt de perceptie en het gedrag van begeleiders te

veranderen, hetgeen vervolgens ook het gedrag van hun cliënten beïnvloedt (Chapman et al., 2013; Singh et al., 2006).

Wanneer gekeken wordt naar deze samenhang, dan is het denkbaar dat mensen met een beperking die mindfulness leren hun verzorgers of begeleiders ook weer beïnvloeden (Hwang et al., 2013). Mogelijk geldt dat de beste resultaten ontstaan op het moment dat zowel verzorgers als hun cliënten een op mindfulness gebaseerde training of behandeling krijgen. Onderzoek laat zien dat kinderen met ADHD beter gehoorzamen wanneer hun ouders een training mindfulness volgden (Singh et al., 2010). Wanneer de kinderen daarna zelf ook een training mindfulness krijgen, verbetert de positieve interactie tussen ouder en kind verder. Deze positieve veranderingen kunnen vervolgens bijdragen aan een grotere mate van self-efficacy bij deze ouders. Met self-efficacy wordt bedoeld dat ouders meer geloof in eigen kunnen krijgen en dat zij ervaren dat ze zelf invloed kunnen uitoefenen op hun situatie (Bandura, 1977). Ouders voelen zich meer competent in de relatie met hun kind, hetgeen de interactie tussen ouders en kinderen verder kan verbeteren en de gedragsproblemen bij het kind kan verminderen. Het is dan ook denkbaar dat wanneer de self-efficacy van begeleiders van mensen met een beperking stijgt, de interactie tussen begeleiders en cliënten verbetert. Dit kan positieve effecten hebben op het psychisch welbevinden van de cliënten.

In deze pilotstudie wordt gekeken naar zowel de behandeling aan individuele cliënten als een training aan begeleiders van deze mensen. Hieronder volgen de onderzoeksvragen waar deze pilot zich op richt.

1. Zijn er aanwijzingen dat een op mindfulness gebaseerde therapie voor mensen met een visuele en matige verstandelijke beperking resulteert in een verbetering van het psychisch welbevinden met betrekking tot gedragsproblemen en ervaren welzijn?
2. In welke mate ontstaat door het volgen van een mindfulnessstraining een toename van de self-efficacy bij begeleiders van mensen met een matige verstandelijke en visuele beperking?
3. Welk effect heeft een op mindfulness gebaseerde training op de aandacht die begeleiders hebben voor hun cliënten met een visuele en matige verstandelijke beperking?
4. Hoe beoordelen cliënten en begeleiders een op mindfulness gebaseerde therapie?

## **Methode**

### *Populatie en setting*

Dit onderzoek betreft een casestudie waaraan twee participanten deelnamen. Zij werden aangemeld voor therapie door de gedragskundige en begeleiding en gaven bovendien zelf aan open te staan voor deze therapie. Beiden woonden op het moment van onderzoek in dezelfde woongroep, waar dezelfde begeleiders werkzaam waren. De eerste participant Aran<sup>4</sup> was een man van 49 jaar met een visuele en matige verstandelijke beperking. De tweede deelnemer, Barend, was een man van 49 jaar met een matige verstandelijke beperking en een auditieve en visuele beperking. Tevens was er sprake van periodiek explosief gedrag, waarvoor in dezelfde periode is gestart met medicatie.

### *Beschrijving interventie: een op mindfulness gebaseerde therapie*

#### Individuele therapie participanten

Beide participanten ontvingen individuele mindfulnesstherapie van een behandelaar (tweede auteur). Deze behandelaar had de Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) training en de trainersopleiding voor mindfulness voor kinderen met ADHD, ASS en gedragsproblematiek aan de Universiteit van Amsterdam succesvol afgerond. Een goed opgeleide trainer in mindfulness is een belangrijke voorwaarde (Singh et al., 2004).

---

<sup>4</sup> In het kader van de privacy zijn er andere namen gebruikt

De therapie die aan de participanten werd gegeven, was gebaseerd op de Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR, Kabat-Zinn, 1990). De behandeling was echter vereenvoudigd en aangepast aan de doelgroep door de tweede auteur. De aanpassingen zijn besproken binnen de Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (focusgroep mindfulness). De oefeningen zijn eenvoudiger en meer concreet gemaakt ten opzichte van de MBSR. Daarnaast betreft het een individuele behandeling en werd het tijdspad uitgebreid. Oefeningen werden vaak herhaald en concreet voorgedaan, omdat cliënten met een matige verstandelijke beperking doorgaans niet in staat zijn zich in te leven in situaties die spanning of stress oproepen (Chapman et al., 2013; Robertson, 2011; Singh et al., 2007a). Daarnaast waren er begeleiders bij betrokken, omdat uit onderzoek van Robertson (2011) blijkt dat mensen met een verstandelijke beperking doorgaans hulp nodig hebben om oefeningen in praktijk te brengen.

Voorwaarden voor het kunnen starten met de therapie waren instemming van de cliënt en de betrokken begeleiding. Daarnaast moesten de begeleiders participeren in de training. Binnen de individuele behandeling werden drie fases onderscheiden.

#### *Fase 1*

- Leren om de aandacht op het lichaam te richten
- Bewust worden van het lichaam via bewegings- en lichaamsgerichte oefeningen en het doen van een korte bodyscan
- Opmerken van de ademhaling en hier steeds met de aandacht naar terug keren
- Opmerken van alle gewaarwordingen
- Gedachten opmerken en weer laten gaan

#### *Fase 2*

- Leren gebruiken van de ‘adempauzeoefening’. Hierbij staat de cliënt een paar minuten stil bij gedachten en lichaamssignalen
- Opmerken van signalen van spanning of stress en ‘erbij blijven’
- Spanning en stress bewust beantwoorden met een adempauze in de oefensituatie
- Integreeren van de adempauze in het dagelijks leven

#### *Fase 3*

- Gebruiken van adempauze op momenten van stress en spanning in het dagelijks leven
- Beëindiging individuele therapie en overdracht aan begeleiding

In elke fase was de steun van de begeleiders nodig en hield de behandelaar contact met de begeleiders. De frequentie was per cliënt verschillend. De verschillende begeleiders van de cliënt waren allemaal een keer aanwezig bij de behandeling. Tijdens elke fase werd dagelijks geoefend met het doen van mindfulnessoefeningen met behulp van een cd en begeleiders. Daarnaast werd in elke fase geoefend met de basishouding van mindfulness, waarbij het belangrijk is mild te zijn, zo min mogelijk oordelen te hebben en gedachten te kunnen opmerken en laten gaan. Na afloop van de individuele behandeling werd dagelijks geoefend met de cd en de oefeningen. Begeleiding van zowel Aran als Barend hielp hen hierbij. Zo deed Aran mindfulnessoefeningen voorafgaand aan zijn mobiliteitstraining, hetgeen hem rustiger maakte. Barend gebruikte de adempauze tijdens de maaltijden, omdat dit stressvolle momenten voor hem waren.

#### Groepstraining begeleiders

De begeleiders van de participanten kregen een training mindfulness, die eveneens gebaseerd was op de MBSR. De cursus bestond uit vijf bijeenkomsten van twee uur. De eerste twee bijeenkomsten vonden voorafgaand aan de individuele behandeling van de cliënten plaats. Tijdens de training

maakten de begeleiders kennis met het begrip mindfulness en verschillende oefeningen die daarbij hoorden. Zij leerden op welke manier zij in het contact met de cliënt met volledige aandacht bij deze cliënt konden blijven. Ook werd hen zelf geleerd de werkzaamheden met aandacht te doen, op te merken wanneer de aandacht afdwaalt, om vervolgens de aandacht weer op de cliënt te richten. Tevens werden zij getraind in de basishouding en leerden zij zelf mindfulnessoefeningen die bruikbaar zijn in de werksituatie. Gedurende de gehele training werd aandacht besteed aan de manier waarop begeleiding oplopende spanning kon signaleren bij de cliënt. Vervolgens werd aandacht besteed aan technieken vanuit de mindfulness, zoals de adempauze, waarmee zij deze spanning konden verminderen.

#### *Onderzoeksinstrumenten*

##### Clinical Outcomes in Routine Evaluation- Outcome Measure (CORE - OM)

Om na te gaan of het psychisch welbevinden van de participanten verbeterde is de CORE-OM gebruikt. De interne consistentie van de CORE-OM totaalscore is hoog (alpha is 0.91). Voor wat betreft de constructvaliditeit werd een correlatie gevonden van 0.77 tussen de scores van de CORE-OM en de CIS-R (Conell et al., 2007).

De CORE-OM bestaat uit 34 stellingen. Per stelling kan worden aangegeven hoe men zich in de afgelopen week voelde. Er bestaan vijf antwoordmogelijkheden die gaan van 'nooit' (0) tot '(bijna) altijd' (4). De CORE-OM onderscheidt vier subschalen; Welzijn (4 items), Problemen/of Symptomen (12 items), Functioneren (12 items) en Risico (6 items). Klinische scores worden uitgerekend als een gemiddelde van alle items die zijn ingevuld en worden dan vermenigvuldigd met tien. Totaalscores op de CORE-OM kunnen dan ook variëren van 0 tot 40. De 'cut-off score' voor de klinische populatie is gesteld op 10 (Conell et al. 2007). De CORE-OM is op drie momenten afgenomen en ingevuld door de vaste begeleider van de cliënt. Allereerst is de lijst ingevuld voorafgaand aan de training voor begeleiders en de individuele therapie van de cliënt (T0). Vervolgens is de CORE-OM ingevuld na afloop van de training voor de begeleiders (T1) en ten tijde van de therapie van de cliënt. De CORE-OM is nogmaals ingevuld na afloop van de individuele behandeling (T2) en drie maanden na de laatste behandeling (T3).

##### Dutch General Self-efficacy Scale

De self-efficacy van begeleiders werd gemeten met behulp van de Dutch General Self-Efficacy Scale. Dit is een inventariserende en evaluatieve vragenlijst (Teeuw, Schwarzer, & Jerusalem, 1994). De schaal bestaat uit tien stellingen over hoe een persoon over het algemeen denkt en doet en meet self-efficacy van een persoon. Met self-efficacy wordt de zelfwaardering/-beoordeling om met (moeilijke) situaties om te gaan bedoeld. De items worden gescoord op een vierpunts schaal (1-4), waarbij 1 overeenkomt met 'volledig onjuist' en 4 overeenkomt met 'volledig juist'. Voor de totaalscore worden de itemscores opgeteld (range 10-40). Een hogere score betekent een hogere mate van self-efficacy. De gemiddelde score is 29. In deze pilot is de Dutch General Self-Efficacy Scale ingevuld door begeleiders tijdens de eerste (T0) en laatste bijeenkomst (T1) van de groepstraining. Een maand na afloop van de training is de lijst opnieuw ingevuld (T2).

##### Vragenlijst dagelijkse begeleiding

Elke trainingsbijeenkomst hebben de aanwezige begeleiders een vragenlijst ingevuld over de aandacht voor en de omgang met de cliënt en het gebruik van mindfulnessstechnieken. Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag is alleen vraag 5 over 'de volledig bewuste aandacht bij de cliënt' gebruikt, waarbij een score van 0 overeenkomt met 'met de aandacht ergens anders' en score 10 overeenkomt met 'de volledig bewuste aandacht bij de cliënt'. De vragenlijst is door de onderzoekers zelf ontworpen en is ter inzage verkrijgbaar via Bartiméus.

### Social validity scale (evaluatie onderzoek training mindfulness begeleiders en cliënten)

Om de beoordeling van zowel de begeleiders als de cliënten te kunnen meten werd gebruik gemaakt van een Social Validity Scale. The Social Validity Scale (Seys, 1987) is een vragenlijst die gebruikt maakt van een vijfpunts Likertschaal om wenselijkheid, toepasbaarheid en efficiëntie van een interventie te scoren. Voor dit onderzoek werd de vragenlijst voor deze studie aangepast en is verkrijgbaar via Bartiméus.

De vragenlijst voor de begeleiders bestond uit 15 vragen. Drie vragen gingen over de wenselijkheid van de inzet van mindfulness en de training. Antwoorden hierop konden worden weergegeven op een vijfpuntschaal, waarbij 1 overeenkwam met 'heel slecht' en 5 met 'heel goed'. Zes vragen betroffen de toepasbaarheid van mindfulness. Hierbij kon men eveneens scoren op een vijfpuntschaal, waarbij 1 overeenkwam met 'heel moeilijk' en 5 met 'zeer gemakkelijk'. Tot slot gingen zeven vragen over de ervaringen van de begeleiders (subjectieve evaluatie). Men kon hier antwoorden op een vijfpuntschaal, waarbij 1 stond voor 'zeer negatieve' en 5 voor 'zeer' positieve'.

De vragenlijst voor de cliënten bestond uit 14 vragen over de ervaring met de therapie. Drie vragen gingen over de daadwerkelijke therapie. Antwoorden op deze vragen konden worden gescoord op een vijfpuntschaal, waarbij 1 overeenkwam met 'heel onprettig' en 5 met 'heel prettig'. Zes vragen gingen over het doen van de oefeningen. De antwoorden konden eveneens gescoord worden op een vijfpuntschaal, waarbij 1 overeenkwam met 'heel moeilijk'/'heel onprettig' en 5 met 'heel makkelijk'/'heel prettig'. De vier vragen over het toepassen van mindfulness in de praktijk, werden gescoord op een vijfpuntschaal, waarbij 1 overeenkwam met 'heel moeilijk'/'heel slecht' en 5 met 'heel makkelijk'/'heel goed'. Vraag 13 ging over de aanbeveling van de therapie aan andere cliënten (ja, weet niet zeker, nee).

De vragenlijst werd bij de begeleiders afgenomen aan het einde van de training en bij de cliënten aan het einde van de therapie.

### **Resultaten: Bevindingen/ervaringen**

In onderstaande paragrafen worden per onderzoeksvraag de resultaten uit de pilotstudie weergegeven.

*Onderzoeksvraag 1: Zijn er aanwijzingen dat een op mindfulness gebaseerde therapie voor mensen met een visuele en matige verstandelijke beperking resulteert in een verbetering van het psychisch welbevinden met betrekking tot gedragsproblemen en ervaren welzijn?*

Voor Aran is een verbetering op de totaalscore van de CORE-OM te zien tussen T0 en T1 (van 12 naar 10). Wanneer we kijken naar de verschillende subschalen dan is het Welzijn gelijk gebleven (12,5). De subschaal Problemen/Symptomen laat een verbetering zien (van 14 naar 12,5). Ook de subschalen Functioneren en Risico laten verbetering van de scores zien. Bij de derde meting (T2) is opvallend dat Risico gedaald is naar 0. Ook het Welzijn laat een verbetering zien. Problemen/Symptomen en Functioneren zijn gestegen. Drie maanden na afloop van de individuele therapie zijn eveneens verbeteringen te zien op de totaalscore van de CORE-OM. De categorieën Welzijn en Problemen/Symptomen zijn nu ook gedaald naar 0. De non-parametrische Friedman Test voor afhankelijke gegevens toont, voor de totaalscores van de CORE-OM, een significante ( $X^2 = 9.63$ ,  $p = .022$ ) verbetering van de start van de Mindfulness therapie (T0) tot drie maanden na de laatste behandeling (T3). De Reliable Change Index (RCI) toont dat de behoorlijke verbetering betrouwbaar is ( $z = 25.45$ ,  $sd\text{-error}=1.014$ ;  $RCI > 1.96$ ). Er is een klinisch relevante verbetering.

Tabel 1. Scores voor de subschalen van de CORE-OM en totaal score voor Aran voor verschillende meetmomenten

Meetmoment	Welzijn	Problemen/ Symptomen	Functioneren	Risico	Totaal CORE
T0	12,5	14	14	3	12
T1	12,5	12,5	10,8	1,7	10
T2	10	13	12,5	0	10,5
T3	0	0	7	0	2

Voor Barend is een verbetering in de totaalscore te zien tussen T0 en T1 (van 18 naar 10,8). Wanneer gekeken wordt naar de verschillende subschalen dan is het welzijn iets gestegen (van 17,5 naar 12,5). De subschaal Problemen/Symptomen laat de grootste verbetering zien (van 25 naar 12,5). Opvallend hierbij is dat er bij Barend minder sprake is van spanning, angst en paniek en ook wordt aangegeven dat hij minder last heeft van ongewenste gedachten en gevoelens en problemen. De subschalen Functioneren en Risico laten eveneens een verbetering van de scores zien. Voor wat betreft Risico is er een daling op de gebieden fysiek geweld en bedreiging en intimidatie. De derde meting (T2) toont een stijging van de scores op de CORE-OM zien ten opzichte T1. Er is echter nog wel verbetering ten opzichte van het eerste meetmoment. De scores op de CORE-OM ten tijde van de laatste meting (T3) tonen een verbetering van de scores ten opzichte van de eerdere metingen. Opvallend is hierbij dat Risico tot 0 is gedaald en dat ook het Welzijn verbeterd is. De non-parametrische Friedman Test voor afhankelijke gegevens toont een significante ( $X^2 = 11,15$ ,  $p = ,011$ ) verbetering over alle schalen, van de start van therapie (T0) tot drie maanden na de laatste behandeling (T3). De Reliable Change Index (RCI) toont dat de verandering betrouwbaar is ( $z = 28,38$ ,  $sd\text{-error}=1,014$ ;  $RCI > 1,96$ ). Er is een klinisch relevante verbetering.

Tabel 2. Scores voor de subschalen van de CORE-OM en totaal score voor Barend voor verschillende meetmomenten

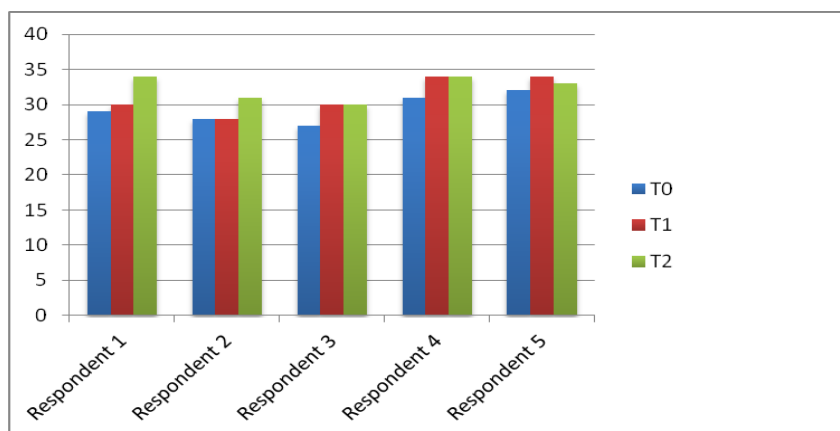
Meetmoment	Welzijn	Problemen/ Symptomen	Functioneren	Risico	Totaal CORE
T0	17,5	25	18	6	18
T1	12,5	12,5	12,5	3,3	10,8
T2	17,5	19	14	8,3	15,2
T3	5	10	10,8	0	7,4

Onderzoeksvraag 2: In welke mate ontstaat door het volgen van een mindfulnesscursus een toename van de self-efficacy bij begeleiders van mensen met een visuele en matige verstandelijke beperking?

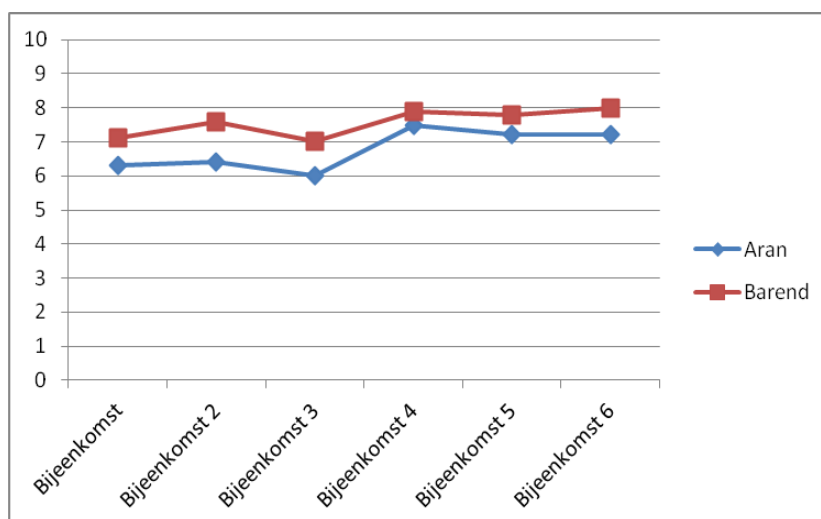
De self-efficacy is onderzocht bij vijf begeleiders (zie Figuur 1). Zij waren aanwezig bij zowel de eerste (T0) als laatste bijeenkomst (T1). Een maand na afloop van de bijeenkomsten hebben zij eveneens de vragenlijst ingevuld (T2). Wanneer gekeken wordt naar het eerste en het laatste meetmoment, dan zien we dat bij alle medewerkers de self-efficacy is toegenomen. De Repeated Measure ANOVA voor self-efficacy voor de respondenten toont een significante toename in self-efficacy ( $F(2, 3) = 16,18$ ,  $p = ,025$ ).

Onderzoeksvraag 3: Welk effect heeft een op mindfulness gebaseerde training op de aandacht die begeleiders hebben voor hun cliënten met een visuele en matige verstandelijke beperking?

Uit de resultaten van de vragenlijsten die de begeleiders elke bijeenkomst over de cliënt hebben ingevuld blijkt dat er een verbetering is met betrekking tot de aandacht voor de cliënt (zie Figuur 2). Ten opzichte van het eerste en het laatste meetmoment heeft men tijdens de ondersteuning aan de cliënt meer aandacht voor de cliënt.



Figuur 1. Mate van self-efficacy begeleiders (Y-as) en respondenten (X-as) tijdens drie meetmomenten



Figuur 2. Vragenlijst dagelijkse begeleiding per bijeenkomst voor 2 participanten

*Onderzoeksvraag 4: Hoe beoordelen cliënten en begeleiders een op mindfulness gebaseerde therapie?*

In Tabel 3 wordt de sociale validiteit aan het einde van de bijeenkomsten van de medewerkers weergegeven. Acht medewerkers hebben de vragenlijst ingevuld. Zij gaven aan dat zij de inzet van mindfulness voor cliënten met een visuele en verstandelijke beperking een goed idee vinden. De medewerkers waren eveneens positief over de gevolgde bijeenkomsten. Het herkennen en signaleren van onrust en oplopende spanning vinden medewerkers redelijk makkelijk. Het toepassen van technieken vanuit mindfulness vindt men moeilijk, maar wel uitvoerbaar. Medewerkers zijn positief over de inzet van mindfulness voor hun cliënten.



Tabel 3. Gemiddelde scores eindevaluatie begeleiders (range van 0 t/m 5)

Evaluatie	Aran & Barend
Wenselijkheid	3,8
Training	3,6
Toepasbaarheid mindfulness	
• Volledige aandacht	2,8
• Open en vriendelijke blik	3,1
• Herkennen oplopende spanning	3,5
• Signaleren onrust van de cliënt	3,6
• Toepassen technieken vanuit mindfulness om spanning te verminderen	2,6
• Verminderen van spanning bij cliënt met mindfulness technieken	2,5
Subjectieve evaluatie begeleider	3,1

In Tabel 4 wordt de sociale validiteit van de cliënten aan het einde van de therapie weergegeven. Beide cliënten zijn positief over de therapie. Het doen van de oefeningen vonden de cliënten prettig en zij vonden de oefeningen redelijk makkelijk om te doen. Ook geven de cliënten aan dat zij mindfulness in de praktijk redelijk makkelijk kunnen toepassen. Eén van de cliënten zou de therapie ook aan andere cliënten aanbevelen, de andere cliënt weet dit niet zeker.

Tabel 4. Score per cliënt en gemiddelde scores eindevaluatie cliënt (range van 0 t/m 5)

Evaluatie	Aran	Barend	Aran & Barend
Therapie (3 vragen)	5,0	4,6	4,8
Oefeningen moeilijk – makkelijk (3 vragen)	3,6	3,3	3,5
Oefeningen onprettig – prettig (3 vragen)	3,6	4,3	4,0
Mindfulness in de dagelijkse praktijk (3 vragen)	3,0	3,8	3,4
Mindfulness zelfbeoordeling (1 vraag)	3,0	3,0	3,0
Aanbevelen aan andere cliënten	Weet niet zeker	Ja	

## Discussie

Uit de resultaten van de pilotstudie blijkt dat het psychisch welbevinden van Aran betekenisvol is verbeterd. De gedragsproblemen van Aran zijn verminderd en het welzijn is verbeterd. Voor Barend geldt eveneens dat het psychisch welbevinden betekenisvol is verbeterd vanaf de start van de therapie tot drie maanden na de laatste behandeling. Vanwege zijn explosieve agressief gedrag kreeg Barend ook andere medicatie. Deze medicatie kan ook een positief effect hebben gehad op veranderingen in zijn gedrag en gevoel van welzijn. Voor Barend geldt dat verbetering is te zien van de eerste meting (T0) naar de tweede meting (T1). Zijn welzijn is toegenomen en er is minder sprake van spanning, angst en paniek. Ook probleemgedrag is afgenomen en er is sprake van minder fysiek geweld en bedreiging en intimidatie. Bij de derde meting (T2) ontstaat echter weer een toename van het risicovolle gedrag en een vermindering van het welzijn. Vergeleken met het eerste meetmoment voor aanvang van de therapie, is er echter nog steeds verbetering te zien op het gebied van ervaren spanning, angst en paniek. Wel zijn gedragsproblemen toegenomen ten opzichte van de tweede meting. Wanneer gekeken wordt naar de laatste meting is verbetering zichtbaar op alle gebieden van de CORE-OM. Risico is gedaald naar 0 en het Welzijn is sterk verbeterd. Ten tijde van het derde meetmoment was een verhuizing op de woongroep gaande. Dit betekende een onrustige periode voor de cliënten. Zij kregen te maken met een nieuwe woonomgeving en nieuwe begeleiders. Mogelijk heeft dit de toename in gedragsproblemen bij Barend veroorzaakt. Wel lijkt het er op dat hij zijn eigen

spanning en angst beter kan reguleren dan voor de therapie. Bij het laatste meetmoment (T3) is de verhuizing inmiddels achter de rug en woont Barend op een nieuwe woongroep. Hij doet nog dagelijks de mindfulnessoefeningen en ook de nieuwe begeleiding helpt hem hierbij. Aansluitend op de resultaten uit de onderzoeken van Singh en collega's (2007a, 2007b, 2012) lijkt een therapie die gebaseerd is op mindfulness ook voor mensen met een visuele en verstandelijke beperking waardevol te zijn voor het significant verbeteren van hun psychisch welbevinden.

De self-efficacy van de begeleiders is in de loop van de training significant toegenomen. Dit betekent dat zij in de loop van de bijeenkomsten het gevoel hebben gekregen zelf meer invloed te kunnen uitoefenen op situaties en dat hun geloof in eigen kunnen is verbeterd. Dit kan betekenen dat zij zich competentier voelen in het contact met hun cliënt. Dit zou eveneens kunnen bijdragen aan de vermindering van gedragsproblemen die bij de cliënten is geconstateerd. Bovendien blijkt uit de resultaten dat medewerkers hebben aangegeven met meer aandacht bij de cliënt te zijn in de interactie die zij met de cliënt hebben. Dit betekent dat begeleiders een meer mindfulle houding hebben ontwikkeld in de loop van de training. Dit kan er inderdaad voor zorgen dat de perceptie en het gedrag van begeleiders verandert, zoals ook Singh en collega's (2006) in hun onderzoek aangeven. Door deze verandering in perceptie is het mogelijk dat probleemgedrag bij hun cliënten vermindert.

Uit de resultaten blijkt dat de cliënten de therapie als erg prettig hebben ervaren en dat zij hier dan ook zeer positief over waren. Ook gaven zij aan de oefeningen goed te kunnen doen. Dit geeft aanwijzingen dat mensen met een matige verstandelijke en visuele beperking inderdaad de mogelijkheid hebben om oefeningen die zijn gebaseerd op mindfulness te doen. Deze bevinding sluit aan bij eerder onderzoek van Robertson (2011) en Hwang & Kearny (2013). Het toepassen van mindfulness in de praktijk lijkt voor hen iets lastiger te zijn dan het doen van de oefeningen zelf. Mogelijk dat mensen met een visuele en matige verstandelijke beperking inderdaad de hulp en ondersteuning van begeleiders nodig hebben om mindfulness in de praktijk te brengen, zoals Robertson (2011) ook aanbeveelt voor bij mensen met een verstandelijke beperking. De begeleiders waren positief over de inzet van mindfulness voor hun cliënten en zij waren tevreden over de training die zij gevolgd hebben. Ook voor hen lijkt het in de praktijk soms lastig om bij oplopende spanning de technieken en oefeningen vanuit de mindfulness in te zetten om de spanning bij de cliënt te verminderen.

### **Beperkingen en aanbevelingen voor vervolgonderzoek**

Op het moment dat er met de behandeling van Barend werd gestart, kreeg hij eveneens andere medicatie. Bij vervolgonderzoek is het aan te bevelen dat interventies niet gelijktijdig starten. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de CORE-OM om het effect van de therapie na te gaan. In volgend onderzoek kan gebruik worden gemaakt van de Brief Symptom Inventory (BSI). Deze lijst is meer algemeen bekend en wordt vaker gebruikt voor het meten van behandelresultaten dan de CORE-OM. In vervolgonderzoek kan eveneens gekeken worden verschillen tussen een op mindfulness gebaseerde interventie en andere interventies, zoals cognitieve gedragstherapie. Daarnaast is het interessant om het effect van individuele training versus groepstraining voor zowel cliënten als begeleiders verder te onderzoeken. Daarnaast is het belangrijk na te gaan, zoals ook Chapman en collega's (2013) aanbevelen, of er verschillen in uitkomsten ontstaan wanneer alleen cliënten een behandeling krijgen en er voor begeleiders geen training is. In deze pilot hebben twee cliënten en hun begeleiders geparticipeerd. Voor vervolgonderzoek is een single case onderzoeksdesign of een RCT-studie aan te bevelen. Deze pilotstudie maakt de positieve effecten van mindfulness voor cliënten met een visuele en matige verstandelijke beperking duidelijk en duidt op diverse mogelijkheden voor vervolgonderzoek.

## Literatuur

- Adkins, D., Singh, N., Winton, S. W., McKeegan, F., & Singh, J. (2010). Using a mindfulness-based procedure in the community: Translating research to practice. *Journal of Child and Family Studies, 19*, 175-183.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*, 125-143.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*, 191-215.
- Chapman, M. J., Hare, D. J., Caton, S., Donalds, D., McInnis, E., & Mitchell, D. (2013). The use of Mindfulness with people with intellectual disabilities: A systematic review and narrative analysis. *Mindfulness, 4*, 179-189.
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2010). A systematic review of neurobiological and clinical features of mindfulness meditations. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences, 40*, 1239-1252.
- Conell, J., Barkham, M., Stiles, W.B., Twigg, E., Singleton, N., Evans, O., & Miles, J.N.V. (2007). Distribution of CORE-OM scores in a general population, clinical cut-off points and comparison with the CIS-R. *British Journal of Psychiatry, 190*, 69-74.
- Emerson, E. (2003). Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 47*, 51-58.
- Gringhuis, D., Moonen, J., & Van Woudenberg, P. (2002). Children with partial sight: Development, parenting, education and support. Doorn: Bartiméus.
- Hwang, Y. S., & Kearney, P. (2013). Mindful and mutual care for individuals with developmental disabilities: A systematic literature review. *Journal of Child and Family Studies, 23*, 497-509.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delacorte.
- Noone, S. J., & Hastings, R. P. (2010). Using acceptance and mindfulness-based workshops with support staff caring for adults with intellectual disabilities. *Mindfulness, 1*, 67-73.
- Robertson, B. L. (2011). The adaptation and application of mindfulness-based psychotherapeutic practices for individuals with intellectual disabilities. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities, 5*(5), 46-52.
- Seys, D. M. (1987). *Kwaliteit van zorg: Zorg voor kwaliteit*. (Proefschrift). Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Karazsia, B. T., Winton, A. S. W., Myers, R. E., Singh, A. N. A., . . . Singh, J. (2012). Mindfulness-based treatment of aggression in individuals with mild intellectual disabilities: A waiting list control study. *Mindfulness, 4*, 158-167.
- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, S. W., Adkins, D., & Singh, J. (2009). Mindful staff can reduce the use of physical restraints when providing care to individuals with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 22*, 194-202.
- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S., Adkins, A. D., Singh, J., & Singh, A. N. (2007b). Mindfulness training assists individuals with moderate mental retardation to maintain their community placements. *Behavior Modification, 31*, 800-814.
- Singh, N., Lancioni, G. E., Winton, A. S. W., Adkins, A. D., Wahler, R. G., Sabaawi, M., & Singh, J. (2007a). Individuals with mental illness can control their aggressive behavior through mindfulness training. *Behavior Modification, 31*, 313-328.
- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S. W., Curtis, W. J., Wahler, R. G., & Sabaawi, M., . . . McAleavey, K. (2006). Mindful staff increase learning and reduce aggression in adults with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 27*, 545-558.
- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S., Wahler, R. G., Singh, J., & Sage, M. (2004). Mindful caregiving increases happiness among individuals with profound multiple disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 25*, 207-218.
- Singh, N. N., Singh, A. N., Lancioni, G. E., Singh, J., Winton, A. S. W., & Adkins, A. D. (2010). Mindfulness training for parents and their children with ADHD increases the children's compliance. *Journal of Child and Family Studies, 19*(2), 157-166.
- Singh, N. N., Wahler, R. G., Adkins, A. D., Myers, R. E., Winton, A. S. W., & Strand, P. S. (2003). Soles of the feet: A mindfulness-based self-control intervention for aggression by an individual with mild mental retardation and mental illness. *Research in Developmental Disabilities, 24*(3), 158-169.

- Spek, A. A., Van Ham, N. C., & Van Lieshout, H. (2010). Effectiviteit van Mindfulness based stress reduction bij volwassenen met een autismespectrumstoornis. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme*, 9(3), 82-88.
- Teeuw, B., Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1994). *Dutch adaptation of the general perceived self-efficacy scale*. See: <http://userpage.fu-berlin.de/~health/dutch.htm>.
-