

# Mindfulness: magisch, medisch, modieus of mythisch?

S.J.H. Eggen en C. Lelieveld

## Inleiding

Er is een algemene tendens gaande die het belang van welbevinden, ook binnen de geneeskunde onderstreept. Internist en hoofdredacteur van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde Yvo Smulders betoogde in zijn editorial 'De keiharde realiteit van wellness' (2018)<sup>1</sup> met referentie aan de uitkomst van een systematische review en meta-analyse van gerandomiseerde, gecontroleerde onderzoeken<sup>2</sup> dat muziek een heilzaam effect heeft op de gezondheid, want het werkt bloeddrukverlagend. Dat is wetenschappelijk aangetoond. De soort van de muziek maakt verschil. Muziek van Mozart werkt het meest bloeddrukverlagend, dat heet het 'Mozart-effect'. Van dit effect wordt gebruik gemaakt door tijdens narcose muziek aan te bieden. Meer omgevingsfactoren dan alleen geluid hebben invloed op het subjectieve welbevinden van patiënten. Daar wordt bij de inrichting van ziekenhuizen rekening mee gehouden in de vorm van wat heet een 'healing environment'.<sup>3</sup> De uitkomst van de meta-analyse van Rosalie Kühlmann was dat onomstotelijk vaststond dat muziek invloed heeft op de hersenen, angst, stress en pijn.<sup>4</sup> Smulders herinnerde zich een gesprek hierover met een bestuurslid van de Nederlandse Vereniging tegen de Kwakzalverij - die dit als wellness beschouwde niet als medisch wetenschappelijk - en die vond dat geen publiek geld besteed moest worden aan onderzoek naar context en omgevingsfactoren. Smulders vond dat een wereldvreemd standpunt, want zelfs al zouden omgevingsfactoren placebo zijn, dan was het volgens hem nog steeds interessant om te onderzoeken welke meest of minder effectief zijn. Zowel de optimalisatie van placebo- als de beperking van nocebo-effecten waren prima in gerandomiseerd onderzoek te toetsen. Hij besloot met de constatering dat hij wellicht meer kwakzalver was dan hij dacht. Hoe is de actuele wetenschappelijke stand van zaken met betrekking tot mindfulness, één van de interventies die tot doel heeft het welbevinden van mensen te vergroten? De GAVscoop-redactie ging op zoek naar een deskundige op dit gebied en vond mevrouw Anne Speckens.

### Wie is Anne Speckens?<sup>4</sup>

Mevrouw Anne Speckens is hoogleraar psychiatrie

aan het Radboudumc te Nijmegen met als leeropdracht stemmings- en angststoornissen. Zij heeft het Centrum voor Mindfulness opgericht en zij heeft er de dagelijkse leiding over. Zij is als psychiater betrokken bij de indicatiestelling en supervisie van de patiëntenzorg van het centrum. Als hoogleraar is zij betrokken bij het onderwijs aan medisch studenten, arts-assistenten en ook bij de opleiding tot mindfulnessstrainer. Speckens initieert en superviseert wetenschappelijk onderzoek naar de klinische effectiviteit en het werkingsmechanisme van mindfulness voor patiënten met psychiatrische aandoeningen, lichamelijke ziekten en werkers in de gezondheidszorg zelf. De effectiviteit en werking van op mindfulness gebaseerde interventies wordt volop onderzocht door wetenschappers uit de hele wereld. Dankzij deze onderzoeken wordt mindfulness steeds vaker bestempeld als bewezen effectieve behandeling. In Radboudumc Centrum voor Mindfulness vindt een verscheidenheid aan onderzoeken plaats.

### Wat is mindfulness eigenlijk? Heeft u een definitie?

Dat is al meteen een lastige vraag. We hebben heel lang de definitie gebruikt van Jon Kabat-Zinn. Hij is degene die mindfulness heeft geïntroduceerd in de gezondheidszorg in de jaren '70-'80 van de vorige eeuw in het Massachusetts General Hospital. Hij definieert mindfulness als met aandacht aanwezig zijn in het hier en nu met een open, onderzoekende, nieuwsgierige grondhouding. In principe een prima definitie. Wat in het verleden wel eens voor verwarring heeft gezorgd is dat het woord 'zonder oordeel' erbij gebruikt werd, dus dat die open grondhouding zonder oordeel was. Dit werd soms misverstaan als acceptatie van alles wat er maar gebeurt, terwijl mindfulness feitelijk gaat over onderscheidingsvermogen. Dat betekent dat je de tijd neemt om stil te staan bij ervaringen in het hier en nu en te zien wat jouw reactie daarop is. Je leert onderscheid te maken tussen reacties die helpend zijn en reacties die niet helpend zijn. Er zijn andere definities van mindfulness, waarin het onderscheidingsvermogen meer benadrukt wordt. Op onze eigen website gebruiken we nu de definitie van Christina Feldman. Zij zegt: mindfulness gaat over de bereidwilligheid en het vermogen om aanwezig te zijn bij alles waar we in het leven tegenaanlopen,

of dat nu prettig is of onprettig, met aandacht, vriendelijkheid en onderscheidingsvermogen.

### **Is mindfulness nieuw?**

Mindfulness is een eeuwenoud concept en heeft zijn wortels in de boeddhistische traditie. Het pali-woord voor mindfulness is "sati". Pali is de taal die gebruikt wordt in de oudste geschriften van het boeddhisme. Sati is een kernbegrip in de boeddhistische traditie. Het is al 2000 jaar oud. In de zin van opmerkzaamheid, stil staan bij, openstellen voor, is het een grondhouding die niet alleen in de boeddhistische maar in veel wijsheidstradities wordt gecultiveerd, ontwikkeld en op waarde geschat. Meditatie wordt tenslotte ook niet alleen in de boeddhistische traditie toegepast, maar ook in de christelijke traditie.

***In een zeer recent artikel over mindfulness in Trouw (03-10-2020) zegt de Vlaamse filosoof en mysticus Marc de Kesel: "Als je psychisch niet goed in je vel zit, als je in de misère zit, dan is meditatieve ascese niets voor jou. Wie zich eraan waagt moet in balans zijn, moet heel sterk in de schoenen staan." Wat vindt u daarvan?***

Ik heb met Marc de Kesel deelgenomen aan een debat in het kader van 'Radboud Reflects', dat is een organisatie van de Radboud Universiteit die de maatschappelijke discussie over actuele onderwerpen wil stimuleren. Dit is een punt waarover ik het falikant oneens met hem ben. Ik vind het stigmatiserend. Sowieso zet ik grote vraagtekens bij het onderscheiden van de mensheid in mensen die goed in hun vel zitten en mensen die niet goed in hun vel zitten. Hij zei nog net niet mensen die goed bij hun hoofd zijn en mensen die niet goed bij hun hoofd zijn. Mensen verschillen van elkaar en verschillen in de loop van hun leven. Angst, depressie, onzekerheid, boosheid horen bij het leven. Een tweede ding is de wetenschappelijke evidentie: we passen mindfulness-interventies nu sinds ongeveer twintig jaar toe in de gezondheidszorg, niet alleen bij mensen met psychische klachten, ook bij mensen met chronische lichamelijke aandoeningen. Uit grote meta-analyses van het beschikbare onderzoek blijkt het mensen te helpen, te ondersteunen. Het resulteert in minder stress, minder angst, minder depressie en in beter functioneren en grotere tevredenheid over het leven. Het beperken van spirituele ontwikkeling, reflectie of stilstaan tot mensen 'die gezond zijn' is een soort elitarisme, waar ik het niet mee eens ben.

***Uit pragmatisch oogpunt zou je kunnen zeggen dat het niet uitmaakt hoe het helpt, als het maar helpt.***

Dat klopt. Mensen komen bij ons in een soort crisissituatie in hun leven, vaak is dat burn-out. Burn-out is één van de redenen waarom mensen mindfulness gaan doen. We richten allemaal ons

leven op een bepaalde manier in, we hebben als het ware "overlevingsstrategieën" ontwikkeld op basis van hoe we zijn opgegroeid of de context waarin we functioneren. Maar die overlevingsstrategieën zijn eindig. Bij een burn-out lopen mensen tegen de grenzen van hun eigen coping strategieën aan. Dat is het moment dat je gaat nadenken over wat belangrijk is in het leven. Is hoe ik het altijd heb gedaan wel zo behulpzaam of zit er een keerzijde aan? Wil ik op deze manier doorgaan? Klachten van een burn-out dwingen mensen tot een pas op de plaats en een heroverweging van het bestaan. Ik zou dus misschien in zekere zin het tegenovergestelde willen beweren. Soms staan klachten en ook ziekten als bijvoorbeeld kanker aan het begin van een spirituele ontwikkeling. Waarbij vragen horen als: wat is de zin van het bestaan, wat wil ik doen met mijn leven, wat is belangrijk?

### **Hoe kwam u in aanraking met mindfulness?**

Al voor mijn opleiding psychiatrie was ik geïnteresseerd in klinische psychologie en ik heb mij ook gespecialiseerd tot cognitief gedragstherapeut. Ik ben voor een psychiater meer dan gemiddeld geïnteresseerd in psychologische interventies, die ik tot ons vak vind behoren.

Ik ben gepromoveerd in Leiden op cognitieve gedragstherapie voor onverklaarde lichamelijke klachten of somatisatie. Na mijn opleiding ging ik bij de University Department of Psychiatry in Oxford werken en later in bij het Institute of Psychiatry in Londen. Daar kwam ik in aanraking met mindfulness. De Mindfulness Based Cognitieve Therapie is een combinatie van mindfulness en cognitieve gedragstherapie. Het wordt ook wel een derde generatie gedragstherapie genoemd.

***In een interview in Trouw (22-09-2012) staat dat uw werkwijze was om patiënten tijdens een eerste bijeenkomst een roziëntje te laten eten om uit te vinden wat zoïets opriep. Is dat hetzelfde als deconditionering c.q. exposure? Of een vervolg op cognitieve gedragstherapie?***

In zekere zin beide. Exposure is een onderdeel van de klassieke en cognitieve gedragstherapie, maar ook van de mindfulness. Je nodigt mensen uit om stil te staan bij wat ze ook maar tegenkomen, ook bij lastige emoties. De oefeningen die wij doen zijn bijvoorbeeld een lichaamsscan van drie kwartier of een zitmeditatie van een half uur. Daar komen mensen heel veel in tegen, ook dingen die niet prettig zijn of angst oproepen. Een voorbeeld: zodra mensen hun aandacht richten op hun ademhaling kunnen ze bijvoorbeeld opmerken dat die onregelmatig is, of te hoog of te laag zit. Op het moment dat ze zich daar zorgen over gaan maken, worden ze benauwder. In feite ontwikkelt zich een klassieke paniekcyclus. Maar die gaat ook weer voorbij. Mindfulness is een soort exposure aan

lichamelijke sensaties of emoties. Dat is vergelijkbaar met hoe de gedragstherapie werkt.

Het van een afstand kijken naar je gedachten in plaats van erin te geloven is weer heel vergelijkbaar met de cognitieve therapie. In de cognitieve therapie schrijven we dat op in formulieren, benoemen we argumenten voor en tegen en kijken of er alternatieve perspectieven zijn. In de mindfulness is dat impliciet. Je leert om gedachten te zien als iets wat zich in je geest voordoet. Dat heet de-identificatie of in het Engels de-centering. Gedachten komen op en gaan ook weer voorbij. Het is meer "meta-cognitief". Je leert een andere verhouding in te nemen tot je gedachten in plaats van je op de precieze inhoud te richten.

Er zijn echter ook verschillen. Mindfulness is *experientieel* of ervaringsgericht, terwijl cognitieve gedragstherapie een meer verbale en cognitieve benadering is. We denken dat mindfulness meer ingrijpt op het impliciete (automatische) verwerkingssysteem, terwijl cognitieve gedragstherapie meer ingrijpt op het expliciete (top-down) verwerkingssysteem. Als je in het impliciete, automatische verwerkingssysteem dingen kunt veranderen, dan wordt het meteen verankerd in het automatische systeem. Bijvoorbeeld als je mensen kunt leren om te gaan met ongemak, angst, onzekerheid of boosheid in plaats van er direct op te reageren. In onderzoek zien we dat de effecten van mindfulness bescheiden zijn, maar dat zij zich beter lijken te consolideren dan effecten van cognitieve gedragstherapie. Bij cognitieve gedragstherapie ebt het behandelingseffect in de loop van de tijd vaak weer wat weg, terwijl het effect van mindfulness aanhoudt en soms nog verder toeneemt (bijvoorbeeld bij ADHD en kanker). Dus mensen maken zich een vaardigheid eigen, die zij blijven ontwikkelen, ook na afloop van de cursus.

***Kunt u iets vertellen over de ontwikkeling van mindfulness binnen de reguliere geneeskunde? Wat zijn uw ervaringen?***

Ik ben rond 2005-2006 vanuit Londen naar Nederland gekomen. Toen werd mindfulness wel toegepast in Nederland, maar nog niet erg gestructureerd. Ons multi-centeronderzoek naar het effect van mindfulness bij terugkerende depressie was het eerste grootschalige onderzoek naar mindfulness in Nederland. Twaalf verschillende GGZ-instellingen deden daaraan mee en wij hebben hun medewerkers getraind om mindfulness te geven. Sindsdien heeft het indicatiegebied voor de toepassing van mindfulness zich verbreed van recidiverende depressie naar andere indicatiegebieden binnen de psychiatrie (ADHD, angststoornissen, slaapstoornissen, verslaving) en naar chronische lichamelijke aandoeningen.

Mindfulness zit nu in het basispakket voor psychiatrische stoornissen. Veel zorgverzekeraars vergoeden mindfulness in het aanvullend pakket als er sprake is van een burn-out.

Wij hebben zelf vrij veel onderzoek gedaan naar mindfulness bij mensen met kanker. De behandelmogelijkheden daarvoor nemen steeds meer toe, waardoor er steeds meer mensen zijn die blijven leven en moeten leren leven met de gevolgen ervan. Maar mindfulness wordt ook bij andere chronische ziekten toegepast, zoals multipale sclerose, de ziekte van Parkinson, chronisch obstructief longlijden en hart- en vaatziekten. De vergoeding voor mindfulness bij mensen met lichamelijke ziekten is lastig. Daar moeten we structurele financiering voor zoeken, want mensen met chronische lichamelijke aandoeningen hebben vaak al zo veel onkosten aan het leven met hun aandoening. Je zou ze juist die psychosociale ondersteuning zoals de mindfulness-interventies ook gunnen.

Een derde toepassingsgebied is mindfulness voor gezondheidszorgprofessionals zelf. Daar doen wij veel aan, omdat we deel uitmaken van een opleidingsziekenhuis waar medische studenten en arts-assistenten worden opgeleid. En waar we ook te maken hebben met overbelaste medisch specialisten en huisartsen. Mindfulness kan klachten van burnout bij artsen verminderen of voorkomen. Ook kan het hun psychische gezondheid vergroten, dus hun aanpassingsvermogen, flexibiliteit, creativiteit en zelfzorg. Naast hun persoonlijke ontwikkeling, kan het ook hun professionele ontwikkeling bevorderen. Zo kan mindfulness heel wat CANMEDS-competenties waar een arts-assistent aan moet voldoen, zoals communicatie, samenwerken en zelfzorg, helpen ontwikkelen. Daarover hebben we nog niet zo lang geleden een artikel gepubliceerd in Academic Medicine. Bij medisch specialisten kan mindfulness de stijl van leidinggeven veranderen. Ze betrekken hun medewerkers meer bij het vormgeven van het beleid, zijn duidelijker in wat zij willen en ethischer in hun stijl van leidinggeven.

***Wat u vertelt klinkt overtuigend, en de evidence spreekt voor zich. Toch zijn er nog steeds believers en non-believers. Wat vindt u daarvan?***

Ja, dat is eigenlijk best apart. Mindfulness is nu twintig jaar onder ons. In het begin was het onbekend. Onbekend maakt onbemind. Mensen noemden het vaag, maar als je het gaat doen is het helemaal niet vaag. Het is natuurlijk een abstract concept (aandacht, bewustzijn, opmerkzaamheid). Het gaat om begrippen die lastig definieerbaar zijn. Maar wat ik merk in de medische context is dat in de afgelopen twintig jaar de vooroordelen zijn verminderd en de interesse is toegenomen.

### **Hoe verklaart u dat?**

Door wetenschappelijk onderzoek. De evidence is in de afgelopen jaar enorm gegroeid. En daar proberen wij aan bij te dragen. De trials die wij hebben gedaan zijn net als andere interventiestudies degelijk opgezet. Zo hoort dat. As je iets wilt introduceren in de gezondheidszorg moet je duidelijk maken dat het ergens over gaat en dat het helpt. En dat gebeurt wereldwijd. Op de eerdergenoemde gebieden is er veel evidentie en zijn er goede meta-analyses gedaan, waaruit blijkt dat mindfulness effectief is. Het zijn geen wereldschokkende verbeteringen, maar wel aantoonbare en consistente. Het effect van mindfulness is even groot als dat van cognitieve gedragstherapie of anti-depressieve medicatie. Het levert een bijdrage, niet als enige, maar het is wel degelijk zinvol.

### **Is mindfulness te combineren met/toepasbaar door een ander medisch specialisme? Kan je het er bijvoorbeeld bij doen? Of zijn er speciale therapeuten noodzakelijk?**

Wij hebben een opleiding tot mindfulness-trainer. Wij zijn er voorstander van dat zo veel mogelijk professionals dat op hun eigen werkgebied toepassen. We hebben hier in het Radboudumc een longarts opgeleid en samen hebben we een onderzoek opgezet naar mindfulness bij longkankerpatiënten en hun partners. Op het gebied van oncologie heb je veel te maken met verdriet, verlies, emotionele reacties van de omgeving. Als professionals werkzaam op dat gebied zich laten bijscholen tot mindfulness-trainer kunnen ze daar veel goed werk doen. Liever zij dan wij, want hoe meer je het integreert met de zorg hoe beter.

Wij vinden de kwaliteit van de interventie en de kwaliteit van de trainer erg belangrijk. Niet iedereen kan zomaar mindfulness trainer worden. Gedegen kennis van de methodiek is noodzakelijk, evenals van de cognitief gedragstherapeutische en de boeddhistische wortels en van de wetenschappelijke evidentie. En last but not least, omdat mindfulness een ervaringsgerichte benadering is moet je dit als trainer vanuit je eigen ervaring geven en niet alleen maar uit de boekjes. Je moet uit eigen ervaring dingen kunnen delen en hopelijk ook dingen kunnen laten zien van de mindfulness aan de manier waarop je praat en reageert. Het gaat erom dat je in het geven van de training iets uitstraalt van openheid, acceptatie en niet meteen oordelen.

### **Is er een speciale groep patiënten die in het bijzonder in aanmerking komt voor /profiteert van deze vorm van therapie en zo ja, kunt u die karakteriseren?**

Mindfulness is voor het eerst toegepast bij patiënten met terugkerende depressie. Uit onderzoek bleek dat mindfulness de kans op een nieuwe depressie halveerde. Nadien is vast komen te staan dat het

bij veel psychiatrische aandoeningen behulpzaam is. Bij angststoornissen lijkt het erop dat cognitieve gedragstherapie beter werkt dan mindfulness. Als patiënten met een angststoornis naar ons worden verwezen kijken we dan ook of ze eerst cognitieve gedragstherapie kunnen krijgen voordat we de mindfulness aanbieden. Het effect bij depressie is veel consistentier en stabielier dan bij angststoornissen.

### **In uw centrum vindt wetenschappelijk onderzoek plaats. Wat zijn de speerpunten van het onderzoek?**

De drie lijnen zijn psychiatrische stoornissen, chronische lichamelijke ziekten en gezondheidszorg professionals. Op dit moment zijn we bezig met een multicenter trial naar mindfulness bij bipolaire stoornis. Mogelijk kunnen ook manische fasen voorkomen worden doordat mensen meer opmerkzaam zijn en hun leven beter inrichten. Verder hebben we net subsidie gekregen van Leefstijlgeneskunde van ZonMw voor een grote trial over het effect van mindfulness op psychische klachten en de kwaliteit van slaap bij patiënten met inflammatory bowel disease (IBD). Dat doen we in samenwerking met het Donders Centrum voor cognitive Neuro-imaging. Bij IBD is de invloed van stress bekend. Het betreft veelal jonge mensen en wij hopen dat wij ze vaardigheden kunnen meegeven om relapses te voorkomen. Voor wat betreft de hulpverleners zijn we net met een trial begonnen van een "crisis" mindfulness interventie voor Covid-19 frontlinewerkers. Er wordt heel veel gevraagd van artsen, verpleegkundigen, laboranten etc. We hebben twee verschillende online interventies ontwikkeld in een poging om die mensen te helpen het hoofd boven water te houden. Een interventie is die waarbij mensen middels video-conferencing met een groep samenkomen, dus zo veel mogelijk via de klassieke mindfulness training en in de andere groep volgen de deelnemers zelfstandig een programma met dezelfde thematiek. We hopen de inclusie van deelnemers eind december af te ronden. Met de follow up van zes maanden zullen de resultaten op zijn vroegst in de zomer van 2021 bekend worden.

### **In een interview in Trouw (2012) vertelde u over een toen lopend onderzoek naar de effectiviteit van anti-depressiva in combinatie met mindfulness bij patiënten met recidiverend depressies, waar onder andere het AMC en en LUMC aan meededen. Wat was de uitkomst van dat onderzoek?**

De resultaten van dit onderzoek waren eerlijk gezegd nogal teleurstellend. We hadden gehoopt dat mindfulness een goed alternatief zou kunnen zijn voor antidepressieve medicatie. Maar de patiënten die hun antidepressiva afbouwden hadden ondanks de gevolgde mindfulness toch een grotere kans op relapse dan diegenen die dat niet deden. Bij mensen

die medicatie bleven gebruiken vonden we niet veel toegevoegde waarde van mindfulness.<sup>6,7</sup>

**Wat is uw toekomstvisie op mindfulness?  
Waar hoopt u over 5-10 jaar te zijn?**

Verbreding en verdieping. Verbreding in de zin dat ik hoop dat mindfulness steeds breder in de gezondheidszorg wordt toegepast. We zijn bijvoorbeeld bezig met de ontwikkeling van onlinevarianten, zodat het toegankelijker wordt voor mensen met lichamelijke beperkingen. Voor wat betreft de verdieping: een acht-weekse training is niet het einde. Meer het begin van op een andere manier in het leven staan. We hebben een vervolgrtraining ontwikkeld om de onderliggende grondhouding van mindfulness (vriendelijkheid, mildheid) meer te ontwikkelen. Wij zijn hier in de westerse samenleving vrij streng "opgevoed": schouders eronder en niet zeuren. De wereld kan echt wel wat meer compassie gebruiken, bijvoorbeeld op het gebied van communicatie, op het werk, in gezinssituaties en in brede maatschappelijke zin. Mindfulness en compassie zouden kunnen bijdragen aan meer begrip, meer luisteren, minder snel oordelen en minder automatisch reageren. En het zou interessant zijn om meerdaagse retraites te ontwikkelen en evalueren voor klinische populaties. Retraites maken deel uit van de klassieke boeddhistische én van de christelijke traditie. Maar hier is nog belangrijker dat de aanbieder gekwalificeerd is, want retraites zijn niet zonder risico. Het is wel beschreven dat mensen er psychotisch van kunnen worden.

**Enkele concrete vragen: Hoe lang duurt een behandeling/training? Wat zijn de kosten? Is herhaling noodzakelijk? Kan iedere psychiater de behandeling toepassen? Wordt een behandeling mindfulness vergoed door alle zorgverzekeraars?**

Het klassieke format van de Mindfulness-Based Stress Reduction (waar grondlegger Jon Kabat-Zinn mee is begonnen) en van de Mindfulness-Based Cognitieve Therapie (transformatie door Mark Williams, meer toegepast in de gezondheidszorg) is een acht-weekse cursus met wekelijkse bijeenkomsten van ongeveer twee uur. De groepsgrootte varieert normaliter van 12 tot 16 personen.

De deelnemers krijgen oefeningen, psycho-educatie en ze moeten thuis dagelijks oefenen met een geluidsbestand. In de cursus is een stiltedagdeel opgenomen van tien uur 's ochtends tot vier uur 's middags. Op onze site ([www.radboudcentrumvoormindfulness.nl](http://www.radboudcentrumvoormindfulness.nl)) staan alle oefeningen.

Omdat het onderhouden van vaardigheden van belang is, bieden wij ook terugkombijeenkomsten aan, momenteel door het coronavirus worden deze gestreamd via YouTube. Geïnteresseerden moge ik verwijzen naar onze website en naar een site van

de beroepsvereniging voor gekwalificeerde trainers (<https://www.vmbn.nl>).

**Nog even terugkomend op het artikel in Trouw van 3 oktober jongstleden. Marc de Kesel zegt daarin onder andere dat je in geval van problemen moet praten en niet op een matje gaan zitten.**

**Uw reactie was dat mindfulness niet bedoeld is als smeermiddel voor de economische machine, maar dat het systeem erdoor kan veranderen.**

**Wat bedoelde u daar mee?**

Wat ik zei ging over het aanbieden van cursussen mindfulness in het bedrijfsleven, dat was eigenlijk de aanleiding voor deze avond. De kritiek hierop is dat je mensen wel een training kunt geven, maar als de organisatie/het bedrijf niet verandert, is dat een doekje voor het bloeden. Ik betoogde dat je het een kunt doen, terwijl je het andere niet hoeft te laten. Mindfulness werkt op het niveau van het individu (meer zelfinzicht, minder angstig/somber, beter grenzen stellen, duidelijk zijn over behoeften), maar kan ook bijdragen aan de bedrijfscultuur. Dat kwam uit onze studie bij medisch specialisten: als die medewerkers meer betrekken bij het beleid en meer ruimte geven om zich te ontwikkelen, komt dat ten goede aan een meer compassionele gezondheidszorg.

En voor wat betreft praten of een matje: als we praten beschouwen als cognitieve gedragstherapie en het matje als mindfulness, dan zeg ik dat beide elkaar goed kunnen aanvullen. Er zijn patiënten waar een experiëntiële benadering, waarbij je beter leert voelen, echt een meerwaarde kan hebben. Bijvoorbeeld mensen die erg rationeel ingesteld zijn raken soms door praten alleen maar verder in de nesten.

Ik denk dat mindfulness als kernvaardigheid door de oosterse en de westerse mystiek gedeeld wordt. Ik zie meer verbinding dan verschillen tussen beide vakgebieden. Mindfulness heeft wortels in het boeddhisme en we proberen daar recht aan te doen, maar mindfulness is niet boeddhistisch. Het is een methodiek, die juist ontdaan is van alle religieuze aspecten om het toegankelijk te maken voor iedereen. Bewustzijn, aandacht en impuls-/emotieregulatie zijn tenslotte voor iedereen nuttig. Daar hoeft je geen boeddhist of christen voor te zijn. Grappig was dat die avond werd afgesloten met een quote uit de eerste brief van de Tessalonicenzen: "Onderzoekt alles en behoudt het goede."

**Ten slotte: Wat vindt u van de titel 'Mindfulness: medisch, magisch, modieus of mythisch?'**

Veelzijdig en een mooie alliteratie. Het zou wel leuk zijn als in de conclusie komt te staan wat ú ervan vindt. Ik hecht er overigens wel aan om te zeggen dat mindfulness niet alleen maar over 'feel good' gaat. In de discussie met Marc de Kesel was dat ook een punt. Hij noemde het een vlucht uit de werkelijkheid.

En dat is niet wat het is. Je gaat juist terug naar de realiteit. Of mensen hier nu komen met kanker, een burn-out of een depressie, die realiteit is altijd ongemakkelijk en moeilijk. Mindfulness leert mensen om te zijn bij wat er is en dat is niet altijd 'feel good'. Anderzijds blijkt het vergroten van het positieve affect een van de belangrijkste werkingsmechanismen van mindfulness bij depressie te zijn. In het hier en nu is er ook genoeg moois te zien en genoeg te genieten als je ervoor openstaat.

***Conclusie en antwoord op de vraag in de titel: is mindfulness magisch, medisch, modieus of mythisch?***

Magie of tovenarij is de vermeende kunst van het manipuleren van de werkelijkheid met behulp van

speciale objecten, spreuken en rituelen op basis van verborgen krachten. Daarvan is geen sprake.

Modieus betekent naar de laatste mode, hip, eigentijds, trendy. Dat is wellicht van toepassing?

Een mythe is een verhaal waarin handelingen en gebeurtenissen beschreven worden uit een onbepaald verleden, en waarbij vaak goden, vreemde wezens en/of helden centraal staan. Niet aan de orde.

Medisch betekent op de geneeskunde betrekking hebbend, alles wat met gezondheid, ziekte en artsen te maken heeft. Zoals hierboven beschreven staat is mindfulness een methode die wordt toegepast in de behandeling van medische aandoeningen. Waarmee het antwoord op de vraag in de titel gegeven is. Wij zijn benieuwd naar reacties van de GAVscoop-lezers.

**Literatuur**

1. Y. Smulders; De keiharde realiteit van wellness. Ned Tijdschr Geneesk. 2019; 162:B1542.
2. A.Y. Rosalie Kühlmann, Leonard F. Kroese en J. (Hans) Jeekel; Muziek vermindert angst en pijn rond operaties. Ned Tijdschr Geneesk. 2018; 162:D3186.
3. Karin Tanja-Dijkstra; Hoe helend zijn 'healing environments'? Ned Tijdschr Geneesk. 2018;162: D3160.
4. A.Y. Rosalie Kühlmann, Leonard F. Kroese en J. (Hans) Jeekel; Muziek vermindert angst en pijn rond operaties\* ; systematische review en meta-analyse; Ned Tijdschr Genees 2018; 162:D3186.
5. <https://www.radboudcentrumvoormindfulness.nl/>
6. Marloes J. Huijbers e.a.; Discontinuation of antidepressant medication after mindfulness-based cognitive therapy for recurrent depression: randomized controlled non-inferiority trial; The British Journal of Psychiatry (2016) 208, 366-373.
7. M.J. Huijbers et al; Adding mindfulness-based cognitive therapy to maintenance antidepressant medication for prevention of relapse/recurrence in major depressive disorder: randomized controlled trial; Journal of affective disorders 187 (2015) 54-61.