

# Mindfulness kan beter WEL in de zorg blijven

In april 2015 schreef Derksen niet zijn sterkste column voor *GZ-Psychologie*. De titel van zijn stuk luidde *Mindfulness kan beter uit de zorg verdwijnen*. Als supervisor van het Radboud centrum voor Mindfulness en docent Mindfulness-Based Cognitieve Therapie (MBCT) was mijn aandacht getrokken en raakte ik benieuwd naar de argumentatie van deze opruiende titel. Het is van Derksen bekend dat hij opruiend kan zijn, maar hij is ook een goede schrijver dus bestudeerde ik zijn column zorgvuldig. Bij zijn laatste zin aangekomen bespeurde ik in mijzelf enige verwarring. Het was waar dat Derksen in het laatste 1/5 deel opeens schrijft dat het onverstandig is om mindfulness toe te voegen aan de psychotherapie. Maar in het eerste 4/5 deel ontbreekt elke link naar mindfulness en de onderbouwing van zijn stelling blijkt ronduit zwak. Indien dit een essay zou zijn van één van mijn studenten, zou hij een dikke onvoldoende krijgen. Onderstaande zal dan ook gaan over de vele redenen waarom mindfulness maar beter WEL in de zorg kan blijven.

Ten eerste loont het de moeite om te kijken naar de definitie van wanneer iets Waardevol is. Waardevol: "iets waar een persoon of een groep van personen belang aan hecht" (Wikipedia). Oftewel, iets waar mensen behoefte aan hebben. En veel mensen hebben behoefte aan mindfulness. Derksen schrijft ook dat bijzonder veel psychotherapeuten zich met mindfulness bezighouden en ieder jaar studeren er méér mindfulnessstrainers af en groeien diens beroepsverenigingen gestaag (VMBN en VVM). Ook is het zo dat veel cliënten tegenwoordig al bij de huisarts of bij de intake zelf om een mindfulnessbehandeling vragen. De vraag naar mindfulness is dus groeiend en daarmee groeit ook de waardevolheid ervan.

Ten tweede groeit het aantal publicaties van wetenschappelijke artikelen over mindfulness ieder jaar exponentieel (in 2013 482 en in 2014 544 (!), zie [www.goamra.org/publications](http://www.goamra.org/publications)). Daarmee steekt het de jaarlijkse publicatieomvang van koploper Cognitieve Gedragstherapie naar de kroon. En de conclusies van het wetenschappelijk onderzoek zijn vrij eenduidig. MBCT leidt tot minder depressieve klachten, minder angstklachten, minder slaapproblemen, minder vermoeidheid, minder piekeren en hogere kwaliteit van leven. Niet alleen bij mensen met recidiverende depressieve klachten, maar ook bij mensen met chronische angstklachten en

bij kankerpatiënten (zie onder andere reviews en meta-analyses van Schellekens et al., 2015; Goyal et al., 2014; Piet et al., 2012). Wie mij ter vergelijking kan vertellen hoe veel (of hoe weinig) wetenschappelijk onderzoek er wordt gedaan naar psychoanalyse of psychodynamische therapie (voorkeursbehandelingen van Derksen) mag mij mailen ([cvolker@hdi.nl](mailto:cvolker@hdi.nl)).

Ten derde is MBCT inmiddels opgenomen in verschillende internationale en Nederlandse richtlijnen van de behandeling van psychische stoornissen. Zo wordt MBCT niet alleen officieel geadviseerd bij depressieve stoornissen, maar is het ook opgenomen in de multidisciplinaire richtlijnen van angststoornissen ([www.ggzrichtlijnen.nl](http://www.ggzrichtlijnen.nl)). Daarnaast zijn ook KWF Kankerbestrijding, oncologiepatiëntenverenigingen, IPSO en de Nederlandse Vereniging voor Psycho-Oncologie met de minister en de verzekeraars in gesprek om MBCT weer op te nemen in de basisverzekering, aangezien MBCT ook bij kankerpatiënten psychische klachten vermindert en herstel bevordert. Verzekeraar VGZ biedt ook vergoeding van mindfulness bij burn-out en ook andere verzekeraars bieden in hun aanvullende pakketten vergoedingen. Inmiddels komen er ook studies uit die suggereren dat MBCT geld oplevert, aangezien mensen minder lang in de ziekte-wet blijven. Gezien de positieve uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek is het niet gek dat zoveel mensen belangstelling hebben voor mindfulness.

Ten vierde stelt Derksen dat het toevoegen van mindfulness de psychotherapie zou verwateren. Waarom dat zou zijn zegt hij niet. Nadat de gedragstherapie de cognitieve therapie in de jaren zeventig heeft toegevoegd (tweede generatie), is er inmiddels de derde generatie gedragstherapie. Hierin staat acceptatie meer centraal en naast MBCT behoren ook Acceptance & Commitment Therapie en Dialectische Gedragstherapie tot deze derde generatie. Iedere generatie voegt iets toe aan de vorige. Als dat niet het geval was, zou iedereen nu nog op de bank bij Derksen in psychoanalyse zijn, en dat lijkt mij niet de bedoeling. ■

*Coen Völker is GZ-psychooloog BIG, eerstelijnspsycholoog NIP, supervisor bij het Radboud centrum voor Mindfulness en docent MBCT Medische Setting bij de RINO Groep.*