

De auteur is werkzaam als psycholoog / psychotherapeut bij het Sint Antonius Ziekenhuis, afdeling Psychiatrie en Psychologie. Hij is lid van de Vereniging van Cliëntgerichte Psychotherapie.

*Correspondentieadres:* Sint Antonius Ziekenhuis, afd. Psychiatrie en Psychologie, Postbus 2500, 3430 EM Nieuwegein  
*E-mailadres*  
 f.vernooij@antoniusziekenhuis.nl

## Mindfulness en wetenschap, een vruchtbare wisselwerking

### *Reactie op Remco Havermans*

#### SUMMARY

#### ***Mindfulness and science, a fruitful interaction. A reply to Remco Havermans***

This paper is a critical reflection on some issues in the paper of Remco Havermans 'Mindfulness meditation in mental health care: too much, too often and too early' and his reaction to the papers of Nyklíček (2011) and Schroevers et al. (2011) who gave a comment. I conclude that there is every reason to consider the research on mindfulness training as an example of an ordinary process of accumulating empirical evidence of an increasing methodological quality. I explain mindfulness as a very obvious way to improve mental health, although this does not prove anything in case of severe psychopathology. I would like to stress the notion of a moral-ethical aspect, not to confuse with metafysica or mysticism, illustrated by winners of the Nobel Peace prize. Concerning psychological research in general I would like to point out the difficulty of doing research on phenomena of an existential nature and the impossibility of a comprehensive definition. I disagree with the author in respect to his ideology that psychological research should precede clinical practice. I give several arguments against his view. In my opinion, only a dynamic and creative tension and interaction between research and clinical practice enhances progress. Mindfulness can serve as a guide.

#### **Mindfulness: de wetenschappelijke stand van zaken**

'Ik heb nog nooit gemediteerd en begrijp dan ook niets van deze argumenten', roept Havermans uit in zijn artikel 'Mindfulnessmeditatie in de GGZ: te veel, te vaak en te vroeg' (Havermans, 2010). Hij ontbeert inderdaad het inzicht dat vaak slechts door praktijkervaring ontstaat en mogelijk ook affiniteit met het begrippenkader van mindfulness. Dat is uiteraard geen schande en hoeft ook geenszins een kritisch objectieve beoordeling van de methodologische merites van onderzoek hiernaar en de interpretatie ervan in de weg te staan. Verbazend is wel dat hij deze beperking omzet in het tegendeel: superieur en laatdunkend beschrijft hij mindfulness training in

karikaturale termen en put selectief uit voorhanden resultaten om zijn ideeën kracht bij te zetten. Nyklíček (2011) en Schroevers en collega's (2011) gaan daar kritisch op in. In zijn reactie op hen gaat hij op eenzelfde manier te werk waar het gaat om een vermeend gebrek aan theoretisch model. Hij beperkt zich met betrekking tot alles wat hierover door hen wordt genoemd tot een diskwalificerende reactie op de begrippen 'doe- en zijnsmodus', die hij niet goed begrijpt. Citaat: '...een zijn-modus, wat dat ook mag inhouden...' (Havermans, 2011, p.43). Hij negeert en diskwalificeert alle boeddhistische concept- en theorievorming en blijft Kabat-Zinn, die het pionierswerk heeft verricht en zich hierop gebaseerd heeft, wegzetten als iemand die een rare, oosters gekruide therapie bedacht heeft 'gebaseerd op niet veel anders dan de persoonlijke ervaring en overtuiging dat mindfulness goed voor je is'.

Havermans stelt ook: 'het erge is dat er geen onderzoeksdata zijn die het geloof dat meditatie dé manier is om mindfulness te cultiveren ondersteunen'. De vraag of meditatie dé methode bij uitstek is voor mindfulness lijkt me nogal academisch. Is het niet een kwestie van gezond verstand, om bij onderzoek naar een mogelijk effect van mindfulness op welzijn, eerst maar eens deze manier, al meer dan 2500 jaar op grond van doordachte concepten onderwezen en beproefd, te onderzoeken?

Relevanter zijn de delen van Haverman's betoog waar hij ingaat op de wetenschappelijke stand van zaken van mindfulnessonderzoek. Zijn negatief kritische interpretatie daarvan werd door Schroevers et al. en Nyklíček al kritisch beantwoord. Hun reacties en daarop de tegenreactie van Havermans illustreren overigens wel dat het bijna onontkoombaar is dat wetenschappelijk inzicht in een serieus te nemen nieuwe idee of nieuwe behandeling voortschrijdt via een discussie met een stevig gebruik van selectief citeren en met een flink welles-nietes gehalte. Dat proces van uitkristallisering van inzichten vergt erg veel tijd. Schroevers et al. zien hierin verschillende parallellen met hoe de cognitieve gedragstherapie zich ontwikkeld heeft, wat betreft praktijk en theorievorming. Havermans gaat daar niet op in.

Hij stelt dat 'het niet zo is dat het bewijs voor de werkzaamheid van MBSR/MBCT zich aan het opstapelen is....'. Wanneer spreken we van opstapelen? Schroevers et al. en Nyklíček vestigen de aandacht op een aantal nieuwe onderzoeken en die lijst is niet uitputtend. Daaronder het recente, zeer zorgvuldige onderzoek van Segal et al. (2010) in het gerenommeerde *Archives of General Psychiatry*. In deze studie worden minutieuze gegevens verstrekt over de selectieproce-

dure van deelnemers en MBCT wordt vergeleken met een medicamenteuze onderhoudstherapie. Beide vormen van behandeling bleken even effectief. Is er werkelijk een andere conclusie te trekken, dan de saaie, dat het nog veel te vroeg is om conclusies te trekken?

### De reikwijdte van mindfulness

#### *Oplettendheid, aandachtigheid zonder onmiddellijk te oordelen*

Havermans citeerde een heldere definitie van mindfulness als vaardigheid: 'het kunnen richten van de aandacht op een object, emotie of een gedachte en daar de aandacht vrij van oordelen in het hier en nu bij te houden'. Deze wijkt niet af van de definitie van Kabat-Zinn (Kabat Zinn, 1990; Kabat Zinn, 2003) en bevat de twee componenten, aandachtregulatie en een niet-oordelende houding, waarover veel consensus bestaat (Bishop et al., 2004). Er valt veel voor te zeggen dat die vaardigheid, vergelijkbaar met wijsheid, een levensinstelling zou dienen te worden om werkzaam te blijven. Het is een samenstel van oplettendheid, aandachtigheid, tegenwoordigheid van geest, bewustzijn van wat je ervaart, helder observeren, helder denken. Het staat tegenover automatisch reageren en innerlijk en uiterlijk meegesleept worden door gedachten, gevoelens en impulsen. Havermans betitelt een systematische training in deze vaardigheden als een 'rare oosters gekruide therapie' van een 'typisch Amerikaans begrip', een interessante mix overigens. Vreemd, want is dit niet een complex van vaardigheden dat je ieder mens en ook iedere wetenschapper toewenst? Vaardigheden waarvan je ook op voorhand veronderstelt dat ze, mits systematisch getraind en volgehouden, gezondheidsbevorderend werken? Desalniettemin is de vraag daarmee niet beantwoord of zo'n training een substantiële en specifieke bijdrage levert bij ernstige psychopathologie.

#### *Het hart, de moreel-ethische dimensie*

Kabat-Zinn (1990) heeft zich, als grondlegger van de mindfulnessstraining (MBSR, *mindfulness based stress reduction*) beijverd om duidelijk te maken dat het leren van mindfulnessvaardigheden losgekoppeld kan worden van de levensbeschouwelijke achtergrond van het boeddhisme. Schroevers et al. benadrukken dat ook sterk. Segal, Williams en Teasdale (2002) hebben zich in de benaming van hun variant (MBCT, *mindfulness based cognitive therapy*) aangesloten bij de terminologie 'cognitieve therapie'. Dat was zeer verstandig want in de mainstream van de huidige psychologie liggen bevooroordeeldheid en onmiddellijke afwijzing klaar bij alles wat zweemt naar andere kaders dan de gebruikelijke,

voornamelijk die van cognities en hersenprocessen. Havermans illustreert dat ook met zijn karikaturale associaties. Cognitieve processen zijn in mindfulness, getuige de bovengenoemde definitie, ook prominent aanwezig. Toch gaven onze patiënten na de training vaker te kennen dat wat de diepste indruk had nagelaten, te maken had met het zich leren toestaan van onaangename ervaringen. In plaats van zich ertegen te blijven verzetten, ze te veroordelen en ze anders te willen hebben. Dit wordt door hen evenwel in het algemeen niet als een cognitief proces, bijvoorbeeld 'anders gaan denken over ervaringen', beschreven, maar als een affectief proces. Het ontwikkelen van grotere tolerantie: 'zachter worden voor zichzelf, relatie aangaan met dat onaangename, meer vrede krijgen met de situatie van het moment'. Eerder een proces in het hart dan in het hoofd.

Dit zijn begrippen die, wanneer je ze transposeert naar de buitenwereld, corresponderen met kernbegrippen uit vele levensbeschouwelijke stromingen. Die begrippen hebben namen als mededogen (boeddhistisch), naastenliefde (christelijk) of tolerantie (humanistisch). Deze begrippen worden niet altijd goed begrepen. Ze hebben allemaal een kernelement van je actief verplaatsen in het denken of de nood van een ander, de ander willen begrijpen, tegen een natuurlijke neiging van afkeer of veroordeling in. De twee in onze cultuur meest bekende mindfulnessleraren uit het Oosten zijn de Tibetaanse Dalai Lama en de Vietnamese monnik Thich Nath Han. De eerste kreeg in 1989 de Nobelprijs voor de vrede voor zijn oppositie tegen gebruik van geweld bij de strijd voor zelfbeschikking van Tibet. De tweede werd in 1987 door Martin Luther King daarvoor genomineerd vanwege zijn pacifistisch activisme gedurende de Vietnamoorlog. Wanneer men de verklaring van de huidige winnaar - de Chinees Liu Xiaobo, die in december 2010 in Stockholm voorgelezen werd - naleest, ziet men eenzelfde combinatie: helderheid van onderscheiding, volharding in het daarop gebaseerde standpunt en zachtheid in de vorm van niet verketteren van zijn vervolgers. Het moge duidelijk zijn dat mindfulness de ondergrond is voor gericht handelen. Zou deze dwarsverbinding tussen mindfulness en een moreel-ethische dimensie van omgaan met pijn in al zijn gedaanten niet een meer voor de hand liggende reden zijn voor de aantrekkingskracht van mindfulness dan de infantiele behoefte aan geborgenheid in rituelen en lampjes, die Havermans veronderstelt, en waar hij zich bij de toch zo goed opgeleide en kritische psychologen die maar trainingen blijven geven het hoofd over breekt? Mindfulness heeft met wijsheid en een bepaalde kwaliteit van leven te maken. We hebben het uitdrukkelijk

niet over mystiek of metafysica. Er lijkt ons, in tegenstelling tot Havermans, voldoende reden om van een deugdelijke hypothese te spreken dat er verband is tussen het beoefenen van mindfulness, verzachting van lijden en/of vergroting van mededogen. Hopelijk blijven er psychologen die geïnspireerd en creatief genoeg zijn om zulke belangrijke levenservaringen voldoende te operationaliseren.

### Wetenschap en de klinische praktijk

Naast zijn kritiek op mindfulness neemt Havermans een uitgesproken stelling in over de relatie tussen 'wetenschap' en 'de klinische praktijk'. Hij is overtuigd van het primaat van 'de wetenschap'. We willen op twee aspecten ingaan.

Het eerste punt: de psychologie heeft in zijn streng wetenschappelijke aspect een groot probleem waar het erom gaat de belangrijkste menselijk existentiële ervaringen te onderzoeken. Havermans stelde aanvankelijk dat de definitie van mindfulness zo weinig precies is dat het een volkomen ondeugdelijke basis zou vormen voor wetenschappelijke hypothesen. In zijn reactie kwam hij daarop terug. Maar er is een vraag die nog verder reikt. Hebben we precieze definities van de belangrijkste zaken in het leven? Liefde, bewustzijn, kunst, religiositeit, geluk, wijsheid, rust, vrede, om er enkele te noemen en laten we vooral wetenschap niet vergeten? Of van begrippen als cognitie, relatie of empathie? Nee. Het zijn allemaal constructen van verschijnselen die zo meerduidelijk en complex zijn dat je bij wetenschappelijk onderzoek en omwille van heldere communicatie niet meer kunt doen dan afspraken maken over wat je als een benaderende definitie neemt. Er past dus grote bescheidenheid en behoedzaamheid bij het interpreteren en generaliseren van resultaten, wetend dat de definities de volle lading verre van dekken omdat er vele invalshoeken mogelijk zijn. Het leven is en blijft mogelijk veel rijker dan de wetenschap aankan. Maar wetenschappers hebben de neiging hun favoriete invalshoek te verabsoluteren tot de enig ware.

Een tweede punt betreft de volgende uitspraken van Havermans: 'Het primaire doel van mijn stuk is om te laten zien dat de toepassing van mindfulnessmeditatieprotocollen binnen de (geestelijke) gezondheidszorg voorbarig is'. Hij citeert met betrekking tot zijn uitspraak 'zelfs wanneer men de mindfulnessmeditatiebehandelingen moet zien als veelbelovend' met instemming een uitspraak van Crombag (2000), dat 'optimisme over wat in toekomstig onderzoek nog blijken zal, geen aanvaardbare grondslag vormt voor professioneel handelen'. Het is zijns inziens daarom onprofessio-

neel om nu al mindfulnessstraining of -behandeling toe te laten bij de behandeling van psychopathologie, want er zou geen tijd en geld van patiënten verspild dienen te worden voordat het gunstige effect ervan in toekomstige grotere en betere RCT's wordt aangetoond. We begrijpen dat patiënt en professional, ongeacht de competentie, kennis, intuïtie en ervaring van de clinicus of de wens en vraag van de patiënt, zouden moeten wachten op groen licht van de 'officiële wetenschap' alvorens te behandelen. Dat is niet gering. Nyklíček schrijft heel nuchter 'in tegenstelling tot farmacologie zie je in de psychologie meestal het verschijnsel dat een nieuwe therapie eerst in de klinische praktijk jarenlang wordt toegepast voordat wetenschappelijk deugdelijk wordt onderzocht of de therapie wel werkt. Zo gaat het nu eenmaal...'. Nu eenmaal? Er zijn hele goede redenen voor dat verschil. De processen die met het ontwikkelen van chemische stoffen of van psychologische interventies gepaard gaan, zijn toch moeilijk over een kam te scheren. Bijvoorbeeld: chemische stoffen kunnen onmiddellijk een zeer schadelijk, zelfs dodelijk effect teweeg brengen en onderzoek naar psychologische interventies in de klinische praktijk vereist dat er een tijdlang sprake moet zijn geweest van zo'n interventie. Er vallen over dit verschijnsel vele genuanceerde dingen te zeggen, maar dat valt buiten het bestek van dit artikel. Havermans toont zich hierin niet opvallend geïnteresseerd, vertaalt Nyklíček nogal gekleurd naar 'In de klinische praktijk gaat men vaker aan de haal met therapieën voordat fatsoenlijk onderzoek de werkzaamheid van een therapie heeft bewezen' en concludeert simpelweg 'Men zou hier als klinisch onderzoeker verandering in moeten proberen te brengen'. We zijn benieuwd hoe Havermans de volgende, lang niet uitputtende lijst van kanttekeningen daarbij beoordeelt:

- Wetenschap is in ons vak van psychologische hulpverlening nog nauwelijks uit de kinderschoenen en kan nog weinig meer dan een aantal bouwstenen onderscheiden en daarvan de tijdelijke werkzaamheid vaststellen.
- De definitie van wat officieel 'wetenschap' genoemd wordt en haar criteria zijn tijdgebonden. Erkende wetenschappers kijken lange tijd tegen ontwikkelingen verschillend aan, zie de discussie tussen Havermans, Schroevers et al. en Nyklíček. Dit betreft ook het gebruik van statistische methodes en de beoordeling van meta-analyses.
- We hebben in elke wetenschapontwikkeling een tijd lang te maken met een grote invloed van publicatiebias, het ermee samenhangende *decline-effect* en, waar veel belangen op het spel staan, corruptie.

- We kunnen niet heen langs ons kuddedrag. Weinig mensen, waaronder wetenschappers, zijn gesteld op een inbreuk op de gesettelde praktijk met zijn gevestigde financiële en emotionele belangen en weinigen zijn gesteld op verandering van hun ideeën. We praten elkaar, gemiddeld gesproken, meestal zo lang mogelijk na.
- Er is fundamentele kritiek op de basis van alle wetenschappelijk onderzoek in de psychologie. Kritiek op de DSM-categorieën als de meest relevante manier om patiëntengroepen in relatie tot behandelingen te onderscheiden en op RCT's als de meest relevante manier om complexe psychologische processen te onderzoeken. Daarnaast weten we hoe belangrijk en zinvol non-specifieke factoren en placebo-effecten zijn.
- Hoeveel tijd zou eroverheen gaan eer 'fatsoenlijk onderzoek met (een aantal) grotere en betere RCT's' heeft uitgewezen of mindfulnessstraining werkzaam is bij patiënten met de DSM-classificatie bipolaire stoornis of met een schizotypische persoonlijkheidsstoornis, zodat ze de training zouden mogen volgen? Patiënten uit de eerste categorie krijgen we herhaaldelijk, uit de tweede soms doorverwezen op grond van positieve ervaringen.
- Het is evident dat wat eenvoudiger is van structuur, zoals logica en handelen, eenduidiger te meten is en daardoor makkelijker te onderzoeken. Bijvoorbeeld zien we dat bij de cognitieve gedragstherapie, die daarom makkelijker succesvolle resultaten kan laten zien dan psychotherapieën waar affectieve en existentiële processen centraal staan. Succes, zeker als het gepaard gaat met concreetheid, trekt vele volgers, dus er bestaat een enorme bias in wat onderzocht wordt en de status van eerste- en tweederangs behandelingen die daar een gevolg van is.

### Conclusie

De wetenschap over psychologische behandelingen en wetenschapsonderzoek is onzes inziens in veel opzichten nog heel beperkt en voortdurend onderhevig aan sterk vertekende factoren. We moeten niet de grote vergissing maken te denken dat dat wat nog niet evident en ondubbelzinnig volgens de huidige maatstaven van onderzoek is aangetoond, minder waardevol is dan dat wat wel is aangetoond. En uiteraard hebben we het hierbij niet over vormen van behandeling waarvan de schadelijkheid snel duidelijk is. Er gaan tientallen jaren overheen eer een onderzoeksproces tot een behoorlijke uitzuivering heeft geleid. Dat is in andere wetenschaps-

domeinen zoals de biologie en de medische wetenschap niet anders.

Havermans' overtuiging dat we zouden moeten wachten met behandelen op de 'definitieve' conclusie van de wetenschap heeft veel kenmerken van een ideologie. Het mooie van dit ideaal lijkt buiten kijf te staan en het suggereert een aantrekkelijke helderheid. Het leidt in de praktijk evenwel tot zwart-wit denken en selectief waarnemen. Het stelt een verondersteld algemeen belang boven de wensen en gevoelens van individuen, met als gevolg dat aan veel individuele patiënten waardevolle en gewenste behandelingen, onthouden worden.

We schreven eerder over de eigen positieve ervaringen met onze mindfulnesstrainingen (Vernooij, Van Trier, Cheung San & Van der Veer, 2008). Onze ervaringen erna, met inmiddels ruim 600 patiënten die de training volgden, vaak met ernstige psychopathologie in de geschiedenis, zijn niet anders geworden. Ook verwijzers bevestigden dit positieve beeld.

Mijn overtuiging is dat alleen een dynamische, creatieve spanning en interactie tussen onderzoek en de klinische praktijk vooruitgang mogelijk maakt. Mindfulness kan dienen als baken: het richten van de aandacht op onderzoeksobjecten, eigen emoties en gedachten, en daarbij de aandacht vrij houden van vroegtijdig oordeel.

#### Literatuur

- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J. et al. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 11, 230-241.
- Crombach, H. (2000). *De man uit Susquehanna. Over psychologie, recht en moraal*. Amsterdam: Uitgeverij Contact.
- Havermans, R. C. (2010). Mindfulnessmeditatie in de de geestelijke gezondheidszorg: te veel, te vaak en te vroeg. *Psychologie & Gezondheid*, 38, 250-254.
- Havermans, R.C. (2011). Werkt mindfulnessmeditatie nu echt, of echt niet? *Psychologie & Gezondheid*, 39, 42-46.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. New York: Delta.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions In context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
- Nyklíček I. (2011). Mindfulness in de geestelijke gezondheidszorg: het gaat zoals het gaat. *Psychologie & Gezondheid*, 39, 39-41.
- Schroevens, M., Snippe, E., Bas, I., Tovote A., en Fleer, J. (2011). Mindfulnessstraining in perspectief. *Psychologie & Gezondheid*, 39, 32-38.
- Segal, Z.V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Segal, Z. V., Bieling, P., Young, T., Macqueen, G., Cooke, R., Martin, L., Bloch, R., & Levitan, R. D. (2010). Antidepressant Monotherapy vs Sequential Pharmacotherapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy, or Placebo, for Relapse Prophylaxis in Recurrent Depression. *Archives of General Psychiatry*, 67, 1256-1264.
- Vernooij F.A.M., Trier J. van, Cheung San J., Veer N. van der (2008). Mindfulnessstraining op een afdeling psychiatrie en psychologie *Maandblad voor Geestelijke Gezondheidszorg* 63, 613-624.