

Kan mindfulness het lijden van patiënten verlichten?

Mindfulness based-interventies worden de laatste jaren in toenemende mate in de gezondheidszorg toegepast, ook in Nederland. Mindfulness is geworteld in de boeddhistische traditie en wil het lijden van 'gewone' mensen met stress, pijn of lichamelijke ziekten verlichten en compassie en wijsheid vergroten.

Mindfulness werd al in de jaren zeventig van de vorige eeuw geïntroduceerd in de gezondheidszorg door Jon Kabat-Zinn. Hij definieert mindfulness als:

‘met aandacht aanwezig zijn in het hier en nu, met een vriendelijke, open en onderzoekende grondhouding’ (Kabat-Zinn 2014).

Een definitie, die recentelijk door Christina Feldman (2017) nader werd gepreciseerd:

‘Mindfulness is de bereidheid en het vermogen om op een vergelijkbare manier aanwezig te zijn bij alle gebeurtenissen en ervaringen, of ze nou prettig of onprettig zijn, met vriendelijkheid, nieuwsgierigheid en onderscheidingsvermogen.’

Boeddhistische wortels

Mindfulness heeft zijn wortels in de boeddhistische traditie. Zoals Jon Kabat-Zinn in een artikel over de totstandkoming van mindfulness-gebaseerde stressreductie (MBSR) beschreef (2011), wilde hij de essentie van dit gedachte-

goed toegankelijk maken voor ‘gewone’ mensen, voor mensen met stress, pijn of lichamelijke ziekten. Het was zijn intentie om het lijden van mensen te verlichten en compassie en wijsheid te vergroten, zowel in individuele levens als in de maatschappij als geheel.

In de boeddhistische traditie staan deze vier ‘edele waarheden’ centraal:

1. Er is lijden.
2. Het lijden heeft een oorzaak.
3. De oorzaak van het lijden kan opgeheven worden.
4. Door het achtvoudige pad te volgen wordt het lijden beëindigd.

Er is lijden

De eerste waarheid gaat over het feit dat lijden inherent is aan het leven. Het leven is vergankelijk. We krijgen allemaal te maken met ziekte, ouderdom en dood. Alles en iedereen waar we in het leven mee te maken krijgen, is veranderlijk en tijdelijk. Niets is stabiel, aan niets kan permanente zekerheid ontleend worden. Niets in het leven is perfect. We leven in een staat van voortdurend ongemak: we kunnen niet krijgen

< *Kunstenaar onbekend*

of houden wat we willen en worden op elk moment geconfronteerd met situaties, emoties, sensaties of gedachten die we niet willen hebben.

Het lijden heeft een oorzaak

De tweede waarheid gaat over onze automatische reactie op het inherente ongemak in het leven: we proberen hier onderuit te komen. En dat kunnen we op verschillende manieren doen.

- Ten eerste door het compenseren van het ongemak met andere dingen. Dat kan gaan om zintuigelijke genoegens zoals eten en drinken, comfort en seksueel contact. Het gehecht zijn aan het eigen lichaam, aan hoe het eruit ziet en waartoe het ons in staat stelt, kan hier ook bij horen. Maar dat kan ook gaan om andere, meer immateriële zaken, zoals aanzien, waardering, onze opvattingen of zelfbeeld.
- Ten tweede kunnen we proberen het ongemak te ontlopen en verdriet, ongemak, en pijn uit de weg te gaan of op een meer actieve of meer agressieve manier uit ons leven te bannen. Het ironische van het proberen te ontlopen van het lijden dat inherent is aan het leven, is natuurlijk dat we het hiermee in standhouden en verergeren.

De oorzaak van het lijden kan opgeheven worden

Gelukkig is hier ook een uitweg te vinden, die in de derde waarheid aan bod komt. Als we onszelf meer bewust worden van de manieren waarop we het inherente ongemak van het leven proberen te ontlopen, ofwel door het te compenseren ofwel door het te vermijden,

dan kunnen we er ook voor kiezen dat te laten. Door het doorbreken van deze vicieuze cirkel en het onder ogen zien van de vergankelijkheid van het bestaan, kunnen we leren ons daartoe in meer vrijheid en harmonie te verhouden.

Door het achtvoudige pad te volgen wordt het lijden beëindigd

In de vierde edele waarheid wordt beschreven hoe we dat in ons leven kunnen toepassen en welke kwaliteiten we daartoe moeten ontwikkelen. Het zogenaamde achtvoudige pad bestaat uit het ontwikkelen van het juiste inzicht, de juiste intentie, de juiste spraak, het juiste handelen, de juiste wijze van levensonderhoud, de juiste inspanning, de juiste aandacht en de juiste concentratie.

Geen leerstellingen, maar taken

Geheel in de stijl van Jon Kabat-Zinn bepleit Stephen Batchelor (2015) in zijn boek *After Buddhism* om de principes uit de oorspronkelijke boeddhistische traditie te ontdoen van de historische en cultuurgebonden context, om ze beter toe te kunnen passen in de moderne tijd. In zijn boek vat hij de traditionele vier edele waarheden dan ook niet op als 'leerstellingen' maar veeleer als 'taken':

1. *Het begrijpen van het lijden*: de inherente vergankelijkheid van het bestaan met zijn geboorte, ouder worden, ziekte en dood, het niet krijgen van wat we willen, het gescheiden worden van wat ons dierbaar is, het krijgen van wat we niet willen.
2. *Het loslaten van de oorzaken van lijden*: het vast willen houden van wat prettig is, het uit de weg willen gaan van wat niet prettig is, het

onverschillig staan tegenover wat neutraal is.

3. *Het zien van het verdwijnen van lijden*: het geleidelijk minder worden van vasthouden, wegduwen of negeren, het vrij en onafhankelijk worden daarvan.
4. *Het beoefenen of cultiveren van het achtvoudige pad* met het integrale inzicht, denken, spreken, doen, levensonderhoud, inspanning, mindfulness en concentratie.

Mindfulness-Based Stress Reduction

Jon Kabat-Zinn nam bovenstaande principes van het boeddhisme op in zijn Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR), een groeps-training met acht wekelijkse bijeenkomsten en een stiltedag. Hij gaf de training aan patiënten aan wie de reguliere gezondheidszorg niet veel meer te bieden had, zoals mensen met chronische pijn of andere chronisch lichamelijke ziekten.

In de MBSR-training wordt het inzicht ontwikkeld in de inherente vergankelijkheid van het lichaam en het leven en hoe we geneigd zijn daarmee om te gaan. Daar kunnen zowel het streven naar illusoire zekerheden, zoals een perfect uiterlijk, lichamelijke of mentale prestaties, waardering of aanzien, als het uit de weg gaan van de confrontatie met vergankelijkheid zoals het ontkennen of onderdrukken van gevoelens van onzekerheid, angst of verdriet bij horen. Deelnemers wordt geleerd hun pijn onder ogen te zien, zich er zonder oordeel en vriendelijk toe te verhouden en er op een behulpzamere manier mee om te gaan.

In de acht wekelijkse bijeenkomsten komen achtereenvolgens de volgende thema's aan bod:

- hoe wij een groot deel van ons leven op de

- automatische piloot doorbrengen
- welke obstakels je tegenkomt als je stilstaat bij je ervaring
- het bewust worden van lichamelijke sensaties, emoties en gedachten
- het herkennen van automatische reacties op stress
- het bewuster leren omgaan met stressvolle omstandigheden
- bewust communiceren
- balans tussen activiteit en rust
- zelfzorg

Het uiteindelijke doel van de training is om de principes van mindfulness te integreren in het dagelijks leven en deze ook na de training te blijven beoefenen en ontwikkelen.

Terugkerende depressie

De toenemende populariteit van de toepassing van mindfulness in de gezondheidszorg is eigenlijk pas begonnen met de aanpassing van het programma van Jon Kabat-Zinn voor patiënten met terugkerende depressie. Segal, Williams & Teasdale (2013) combineerden de oorspronkelijke MBSR met elementen uit de cognitieve gedragstherapie tot de Mindfulness-Based Cognitieve Therapie (MBCT).

Uit een eerste *multi-centre gerandomiseerde trial* bleek dat dit programma de kans op een hernieuwde depressie bij mensen die in het verleden drie of meer depressies gehad hadden kon halveren (Teasdale et al. 2000). Een veelbelovend resultaat, dat sindsdien door verschillende onafhankelijke onderzoeken werd bevestigd.

Uit een onlangs verschenen meta-analyse, waarin de resultaten van negen volgende studies naar MBCT voor terugkerende depressie wer-

- *Principes integreren in je dagelijks leven en blijven beoefenen en ontwikkelen*

den samengevoegd, bleek dat MBCT resulteerde in 31% minder kans op een nieuwe depressie (Kuyken et al. 2016). Dit verschil bleef ook bestaan als MBCT werd vergeleken met actieve controle-condities, waarin de vergelijkingsgroep ook een interventie kreeg aangeboden, en zelfs als het werd vergeleken met antidepressieve medicatie.

Andere klachten

Sinds 2000 is het aantal onderzoeken en publicaties over mindfulness-based interventies exponentieel gegroeid. Mindfulness wordt ondertussen niet alleen meer bij terugkerende depressie toegepast, maar ook bij allerlei andere psychische of lichamelijke klachten of aandoeningen.

Een recente meta-analyse van 142 onderzoeken en meer dan 12.000 deelnemers liet zien dat Mindfulness-Based Interventies (MBIs) effectief zijn bij mensen met verschillende psychische klachten, zoals angst, depressie, schizofrenie, eetstoornissen, verslaving en pijn (Goldberg et al. 2018). MBIs bleken beter te werken dan geen behandeling, maar ook beter dan alternatieve interventies als kortdurende dynamische psychotherapie. Zij werkten even goed als andere *evidence-based* behandelingen als cognitieve gedragstherapie.

Uit een eerdere meta-analyse van acht

< *Sam Drukker, 'Verdrijving uit het paradijs', 2004*

onderzoeken naar het effect van MBSR bij mensen met chronische lichamelijke aandoeningen, was al gebleken dat mindfulness ook bij deze populatie kan resulteren in een vermindering van psychische klachten (Bohlmeijer et al. 2010).

Hoe werkt mindfulness?

Nu we weten dat MBIs effectief kunnen zijn in het verminderen van psychische en lichamelijke klachten bij een grote verscheidenheid aan aandoeningen, is het natuurlijk interessant om te weten hoe mindfulness dan werkt. Ook hierover zijn ondertussen een aantal meta-analyses verschenen (Gu et al. 2015; Van der Velden et al. 2015).

- Een van de belangrijkste en meest consistente werkingsmechanismen van mindfulness blijkt het verminderen van repetitieve gedachten te zijn: het rumineren of malen bij depressie en het piekeren bij angst.
- Daarnaast blijkt het verbeteren van mindfulness-vaardigheden een belangrijke factor te zijn: het observeren en beschrijven van emoties, bewust zijn van eigen handelen, niet oordelen en niet reageren op de persoonlijke ervaring.
- Ten slotte zijn er ook aanwijzingen dat zelfcompassie een werkzame factor is. Bij patiënten met terugkerende depressie die mee hadden gedaan aan MBCT, bleek de toename van zelfcompassie hen minder vatbaar te maken voor een nieuwe depressie door het toenemen van negatieve automatische gedachten na een toevallige stemmingsdaling (Kuyken et al. 2010).

Het onderzoek naar de zogenaamde mediërende factoren van mindfulness wordt ondersteund door bevindingen uit neuro-wetenschappelijk onderzoek. Uit een recente meta-analyse naar structurele veranderingen in de hersenen bij meditatoren en mensen die een mindfulness-training gevolgd hebben (Fox et al. 2014), bleken er consistente veranderingen op te treden in acht hersengebieden, waaronder gebieden die betrokken zijn bij metacognitief bewustzijn, lichaamsbewustzijn, geheugen, zelf- en emotieregulatie en communicatie binnen en tussen de hersenhelften.

In een overzichtartikel in *Nature Reviews Neuroscience* postuleren Tang, Hölzel & Posner (2015), dat mindfulness werkt door een proces van verbeterde zelfregulering, bestaande uit aandachtscategorie, emotieregulatie en zelf-gewaarszijn. Dit wordt gedeeltelijk ondersteund door zowel structurele als functionele neuro-imaging studies. De auteurs pleiten echter voor grotere, gerandomiseerde en longitudinale studies om deze hypothesen te bevestigen. Ook benadrukken ze dat het onderzoek naar een bewustzijns-toestand als mindfulness gericht moet worden op de interactie tussen complexe hersennetwerken en een verbinding moet maken tussen neuro-imaging en gedragsmatig onderzoek.

Eigen onderzoek

Het Radboudumc Centrum voor Mindfulness bestaat al meer dan tien jaar. Omdat toentertijd de meeste wetenschappelijke evidentie bestond voor het toepassen van MBCT bij mensen met terugkerende depressie, vond ons eerste wetenschappelijk onderzoeksproject plaats bij deze populatie.

Recidiverende of chronische depressie

Zoals hierboven genoemd, waren de eerdere studies naar MBCT bij terugkerende depressie vooral gedaan bij mensen die op dat moment in (gedeeltelijke) remissie waren met het oogmerk om terugval of een nieuwe depressie te voorkomen (Kuyken et al. 2006).

Wij waren echter benieuwd of MBCT ook zou kunnen helpen bij mensen met terugkerende depressie die op dat moment depressief waren (Van Aalderen et al. 2012). Die werden namelijk tot op dat moment uitgesloten van deelname, omdat men dacht dat MBCT te veel van hen zou vragen. Uit ons onderzoek, waarbij 205 patiënten met terugkerende depressie werden geïncludeerd, bleek echter dat MBCT net zo effectief was bij mensen in remissie als bij mensen die op dat moment depressief waren. Dit is in latere studies bevestigd (Goldberg et al. 2019).

In een vervolproject, waaraan twaalf verschillende GGZ-instellingen in Nederland meededen, onderzochten we of MBCT wellicht een alternatief zou kunnen zijn voor antidepressieve medicatie (Huijbers et al. 2016). Helaas bleek dit niet het geval. In totaal deden 249 patiënten met terugkerende depressie mee aan de MBCT. De helft hiervan bouwde de antidepressieve medicatie af, de andere helft niet. De mensen die hun medicatie afbouwden kregen significant vaker een nieuwe depressie dan diegenen die hun medicatie bleven gebruiken. Mogelijk had

- *Mindfulness blijkt te kunnen helpen bij het voorkomen van nieuwe depressies*

dit ook te maken met het feit dat patiënten niet op eigen initiatief hun medicatie afbouwden, maar zich hier wellicht in het kader van het onderzoek toe gedwongen voelden. Vandaar dat we momenteel in een nieuw onderzoek kijken of MBCT misschien wel ondersteunend kan zijn voor mensen die zelf van hun antidepressieve medicatie af willen (Wentink et al. 2019). Het is nog te vroeg om over de resultaten van deze *trial* te rapporteren.

Naast het voorkomen van een nieuwe depressie bij mensen met terugkerende depressie, hebben we ook onderzocht of MBCT kan helpen bij mensen met een chronische, therapieresistente depressie. Dit gaat om patiënten die ondanks eerdere medicamenteuze en psychologische behandelingen niet opgeknapt zijn van hun depressie. MBCT bleek in deze groep geen significante vermindering van depressieve klachten te geven, maar resulteerde wel in meer mensen die niet meer aan de criteria van een depressie voldeden (Cladder-Micus et al. 2018). Ook rapporteerden zij minder te rumineren en verbeterden hun mindfulness-vaardigheden en zelfcompassie. Ten slotte, en dat was misschien nog wel de meest bemoedigende bevinding, ging de kwaliteit van hun leven omhoog.

Ten slotte hebben we niet alleen onderzoek gedaan naar mindfulness, maar ook naar compassietraining voor mensen met terugkerende depressie. MBCT blijkt namelijk wel te helpen in het terugdringen van het recidief-percentage en de ernst van de depressieve klachten, maar er blijft genoeg ruimte voor verbetering over. En omdat we al gezien hebben dat zelfcompassie een van de mogelijke werkingsmechanismen is van MBCT, waren we benieuwd of het expliciet

cultiveren van compassie voor jezelf en anderen het effect van MBCT zou kunnen verbeteren.

Daartoe hebben Koster en Van den Brink (2015) een vergelijkbare acht-weken-cursus ontwikkeld, maar met als expliciete focus het ontwikkelen van compassie. Bij mensen met terugkerende depressie die al eerder een MBCT-cursus gevolgd hadden, bleek de compassietraining te resulteren in een verdere vermindering van depressieve klachten en rumineren (Schuling et al. submitted). Daarnaast trad een verbetering op in de mindfulness-vaardigheden, de zelfcompassie en de kwaliteit van leven. De vermindering van depressieve klachten bleek te worden gemedieerd door een toename van de zelfcompassie. Ook bleek de afname van de depressieve klachten op de langere termijn stand te houden en zelfs nog verder door te zetten.

ADHD

Omdat een van de andere speerpunten van de Afdeling Psychiatrie de behandeling van ADHD is, een aandoening waarbij een tekort aan aandacht en hyperactiviteit op de voorgrond staat, hebben we ook onderzoek gedaan naar de mogelijke bijdrage die mindfulness aan de behandeling van deze doelgroep kan leveren.

In een onderzoek bij 120 patiënten met ADHD, waaraan ook andere specialistische klinieken zoals Reinier van Arkel en Dimence meededen, werd MBCT vergeleken met de gebruikelijke behandeling (Janssen et al. 2019). MBCT bleek te resulteren in een significante vermindering van ADHD-symptomen, zoals vastgesteld door een behandelaar die blind was voor de conditie waaraan de patiënten waren toegewezen. Dit effect bleef ook op zes

maanden follow-up bestaan. Naast een verbetering van de ADHD-symptomen, traden ook verbeteringen op in mindfulness-vaardigheden, zelfcompassie, algemeen functioneren en mentale gezondheid.

Mensen met kanker

In samenwerking met somatische collega's in het ziekenhuis, hebben we ook een aantal onderzoeken gedaan naar de mogelijke betekenis van mindfulness in het ondersteunen van mensen met ernstige lichamelijke ziekten. Zo hebben we in samenwerking met de Afdeling Longziekten van het Radboudumc een onderzoek opgezet naar MBSR voor mensen met longkanker en hun partners. Longkanker is een van de meest ernstige vormen van kanker, die gepaard gaat met een hoge mortaliteit. Omdat niet alleen de patiënten zelf, maar ook hun partners hiermee geconfronteerd worden, boden we de MBSR aan zowel de patiënten als de partners aan.

MBSR bleek te helpen de klachten van angst en depressie bij longkankerpatiënten te verminderen (Schellekens et al. 2017). Ook hadden zij minder last van piekeren en lieten zij verbeteringen zien in mindfulness-vaardigheden, zelfcompassie en kwaliteit van leven. De partners bleken echter niet van de MBSR te profiteren. We denken dat dit veroorzaakt werd doordat zij tijdens de cursus waarschijnlijk meer met het welbevinden van de patiënt bezig waren dan met hun eigen rouwproces. Uit interviews die we gehouden hebben na het overlijden van patiënten gaven de partners wel aan dat de mindfulness hen hielp in het verwerkingsproces.

Tijdens bovenstaande studie bleek dat het

voor veel mensen met kanker nog niet zo gemakkelijk was om een acht-weken-cursus te volgen, bijvoorbeeld door lichamelijke klachten of andere behandelafspraken. Vandaar dat we als vervolg van het huidige project een onderzoek hebben opgezet naar de effectiviteit van een online mindfulness-cursus, die op afstand begeleid werd door een mindfulness-trainer (Compen et al. 2018). In dit onderzoek werden 245 patiënten met kanker toegewezen aan ofwel de klassieke mindfulness-cursus in een groep, ofwel de begeleide online mindfulness-cursus, ofwel de gebruikelijke behandeling.

Beide mindfulness-trainingen bleken de psychische klachten van mensen met kanker te verminderen, niet alleen angst en depressie, maar ook rumineren en de angst voor de terugkeer van kanker. Mindfulness-vaardigheden, kwaliteit van leven en positieve mentale gezondheid namen juist toe. Al deze veranderingen bleken op de lange termijn te blijven bestaan en zelfs toe te nemen, in beide groepen (Cilessen et al. 2018).

De begeleide online behandeling bleek dus niet onder te doen voor de klassieke groepsbehandeling. Op de langere termijn bleken mensen die de online behandeling hadden gedaan zelfs minder psychische klachten te hebben dan diegenen die de klassieke groepsbehandeling hadden gevolgd.

Voor dokters zelf

Een laatste doelgroep waar we als Radboudumc Centrum voor Mindfulness onderzoek naar hebben gedaan zijn de werkers in de gezondheidszorg zelf. We weten dat werken in de zorg zinvol en bevredigend is, maar niet zelden zijn

tol vraagt in de zin van overbelasting en burn-outklachten. Met de intentie om ook de artsen van de toekomst toe te rusten met meer persoonlijke vaardigheden om dit te voorkomen, zijn we begonnen om MBSR aan te bieden aan coassistenten (N=167) aan het begin van hun coschappen (Van Dijk et al. 2014). De ene helft kreeg wel MBSR en de andere helft niet, waarbij we de hele groep gedurende hun coschap voor twee jaar volgden.

De resultaten van dit onderzoek lieten zien dat de coassistenten die de MBSR-cursus hadden gevolgd in de loop van de follow-up-periode minder psychische klachten en dysfunctionele cognities rapporteerden dan diegenen die geen cursus hadden gehad. Ook rapporteerden ze meer mindfulness-vaardigheden, een betere mentale gezondheid en meer tevredenheid met hun leven.

Als vervolg op dit project hebben we ook een onderzoek opgezet naar het effect van MBSR bij specialisten in opleiding bij het Radboudumc (Verweij et al. 2018). In totaal deden 148 arts-assistenten mee, uit alle medische specialismen: interne geneeskunde, chirurgie, ondersteunende specialismen, psychiatrie, huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde. De helft van de arts-assistenten kreeg meteen een MBSR-cursus, de andere helft moest drie maanden wachten.

We hadden verwacht dat vooral arts-assistenten met burn-outklachten mee zouden doen aan het project, maar ook arts-assistenten zonder klachten waren geïnteresseerd in deelname. Omdat het niveau van burn-outklachten minder hoog was dan verwacht, verschilden de twee groepen daarin niet na drie maanden. Wel

bleek de mate van burn-outklachten een voorspeller van een positief effect van de cursus: diegenen die veel klachten hadden, profiteerden het meest van de MBSR. Daarnaast hadden de arts-assistenten die meegedaan hadden aan de MBSR minder last van piekeren en meer zelfvertrouwen, mindfulness-vaardigheden en zelfcompassie dan diegenen die nog niet meegedaan hadden. Ook bleken ze beter in staat te zijn om zich te verplaatsen in het perspectief van de patiënt, een niet onbelangrijke bevinding.

Niet alleen bij artsen in opleiding, ook bij werkzame artsen blijkt mindfulness behulpzaam. In een kleiner onderzoek, bij 50 huisartsen, bleek MBSR te resulteren in minder depersonalisatie en meer toewijding (Verweij et al. 2016). Uit de kwalitatieve data van interviews die van de deelnemers werden afgenomen, bleek dat de huisartsen vonden dat de mindfulness had bijgedragen aan hun welzijn en dat ze meer compassie ervaarden voor zichzelf en anderen, ook voor hun patiënten.

Goed voorbeeld

Met bovenstaand overzicht hoop ik de lezer meer inzicht te hebben gegeven over wat mindfulness inhoudt en waar het vandaan komt. Daarnaast heb ik gepoogd een overzicht te geven over wat de laatste tien tot twintig jaar aan onderzoek op dit terrein heeft opgeleverd, zowel in algemeenheid als wat we daar op het Radboudumc Centrum voor Mindfulness aan hebben bijgedragen.

MBIs zijn mijns inziens een goed voorbeeld van interventies die gestoeld zijn op wijsheids-tradities en die hun weg in de gezondheidszorg

hebben gevonden, ten bate van het welzijn van zowel onze patiënten als de werkers in de gezondheidszorg zelf.

Een onmisbaar element van deze opkomst van MBIs in de gezondheidszorg is het doen van deugdelijk wetenschappelijk onderzoek. Ik hoop dat ik heb laten zien dat dit ook met ogenschijnlijk ‘vage’ interventies als MBIs uitstekend mogelijk is. Moge mijn bijdrage mijn collega's in de geestelijke verzorging inspireren tot het verder ontwikkelen van het empirisch onderzoek in hun eigen vakgebied.

Literatuur

- Aalderen, J.R. van, Donders, A.R., Giommi, F., Spinhoven, P., Barendregt, H.P. & Speckens, A.E. (2012). The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in recurrent depressed patients with and without a current depressive episode: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine* 42: 989-1001.
- Batchelor, S. (2015). *After buddhism: rethinking the dharma for a secular age*. London: Yale University Press.
- Brink, E. van den & Koster, F. (2016). *Compassievol leven; een mindfulness-based verdiepingsprogramma*. Amsterdam: Boom.
- Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E. & Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research* 68(6): 539-544.
- Cillessen, L., Schellekens, M.P.J., Ven, M.O.M. van de, Donders, A.R.T., Compen, F.R., Bisseling, E.M., Lee, M.L. van der & Speckens, A.E.M. (2018). Consolidation and prediction of long-term treatment effect of group and online mindfulness-based cognitive therapy for distressed cancer patients. *Acta Oncologica* 57(10): 1293-1302.
- Cladder-Micus, M.B., Speckens, A.E.M., Vrijzen, J.N., Donders, A.R.T., Becker, E.S. & Spijker, J. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy for patients with chronic, treatment-resistant depression: A pragmatic randomized controlled trial. *Depression and Anxiety* 35(10): 914-924.
- Compen, F., Bisseling, E., Schellekens, M., Donders, R., Carlson, L., Lee, M. van der & Speckens, A. (2018). Face-to-Face and Internet-Based Mindfulness-Based Cognitive Therapy Compared With Treatment as Usual in Reducing Psychological Distress in Patients With Cancer: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology* 36(23): 2413-2421.
- Dijk, I. van, Lucassen, P.L.B., Akkermans, R.P., Engelen, B.G.M. van, Weel, C. van & Speckens, A.E.M. (2017). Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on the Mental Health of Clinical Clerkship Students: A Cluster-Randomized Controlled Trial. *Academic Medicine* 2017; 92(7): 1012-1021.
- Feldman, C. (2017). *Boundless Heart. The Buddha's path of kindness, compassion and joy*. Boulder: Shambala.
- Fox, K.C., Nijeboer, S., Dixon, M.L., Floman, J.L., Ellamil, M., Rumak, S.P., Sedlmeier, P. & Christoff, K. (2014). Is meditation associated with altered brain structure? A systematic review and meta-analysis of morphometric neuroimaging in meditation practitioners. *Neuroscience Biobehavioral Review* 43: 48-73.
- Goldberg, S.B., Tucker, R.P., Greene, P.A., Davidson, R.J., Wampold, B.E., Kearney, D.J. & Simpson, T.L. (2018). Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 59: 52-60.
- Goldberg, S.B., Tucker, R.P., Greene, P.A., Davidson, R.J., Kearney, D.J. & Simpson, T.L. (2019). Mindfulness-based cognitive therapy for the treatment of current depressive symptoms: a meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy* 8:1-18.
- Gu, J., Strauss, C., Bond, R. & Cavanagh, K. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical Psychology Review* 37: 1-12.
- Huijbers, M.J., Spinhoven, P., Spijker, J., Ruhé, H.G., Schaik, D.J. van, Oppen, P. van, Nolen, W.A., Ormel, J., Kuyken, W., Wilt, G.J. van der, Blom, M.B., Schene, A.H., Donders, R.A. & Speckens, A.E. (2016). Discontinuation of antidepressant medication after mindfulness-based cognitive therapy for recurrent depression: randomized controlled non-inferiority trial. *British Journal of Psychiatry* 208: 366-73.
- Janssen, L., Kan, C.C., Carpentier, P.J., Sizoo, B., Hepark, S., Schellekens, M.P.J., Donders, A.R.T., Buitelaar, J.K. & Speckens, A.E.M. (2019). Mindfulness-based cognitive therapy v. treatment as usual in adults with ADHD: a multicentre, single-blind, randomised controlled trial. *Psychological Medicine* 49(1): 55-65.
- Kabat-Zinn, J. (2011). Some reflections on the origins of MBSR, skillful means, and the trouble with maps. *Contemporary Buddhism: an interdisciplinary journal* 12: 281-306.
- Kabat-Zinn, J. (2014). *Gezond leven met mindfulness*. Handboek meditatie ontspannen, herziene editie. Haarlem: Altamira.
- Kuyken, W., Warren, F.C., Taylor, R.S., Whalley, B., Crane, C., Bondolfi, G., Hayes, R., Huijbers, M., Ma, H., Schweizer, S., Segal, Z., Speckens, A., Teasdale, J.D., Van Heeringen, K., Williams, M., Byford, S., Byng, R. & Dalgleish, T. (2016). *JAMA Psychiatry* 73: 565-74.
- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R.S., Byford, S., Evans, A., Radford, S., Teasdale, J.D. & Dalgleish, T. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behaviour Research & Therapy* 48: 1105-12.
- Schellekens, M.P.J., Hurk, D.G.M. van den, Prins, J.B., Donders, A.R.T., Molema, J., Dekhuijzen, R., Drift, M.A. van der & Speckens, A.E.M. (2017). Mindfulness-based stress reduction added to care as usual for lung cancer patients and/or their partners: A multicenter randomized controlled trial. *Psychooncology* 26(12): 2118-2126.
- Schuling, R., Huijbers, M.J., Ravesteijn, H. van, Donders, R., Cillessen, L., Kuyken, W. & Speckens, A.E.M. (resubmitted). Recovery from recurrent depression: Randomized controlled trial of the efficacy of Mindfulness-Based Compassionate Living compared with treatment-as-usual on depressive symptoms and its consolidation at longer term follow-up.
- Segal, Z.V., Williams, M. & Teasdale, J. (2013). *Mindfulness en cognitieve therapie bij depressie*, 2^e editie. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Tang, Y.Y., Hölzel, B.K. & Posner, M.I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience* 16: 213-225.
- Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M., Ridgeway, V.A., Soulsby, J.M. & Lau, M.A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68: 615-623.
- Velden, A.M. van der, Kuyken, W., Wattar, U., Crane, C., Pallesen, K.J., Dahlgard, J., Fjorback, L.O. & Piet, J. (2015). A systematic review of mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of recurrent major depressive disorder. *Clinical Psychology Review* 37: 26-39.
- Verweij, H., Ravesteijn, H. van, Hooff, M.L.M. van, Lagro-Janssen, A.L.M. & Speckens, A.E.M. (2018). Mindfulness-Based Stress Reduction for Residents: A Randomized Controlled Trial. *Journal of General Internal Medicine* 33(4): 429-436.
- Verweij, H., Waumans, R.C., Smeijers, D., Lucassen, P.L., Donders, A.R., Horst, H.E. van der & Speckens, A.E. (2016). Mindfulness-based stress reduction for GPs: results of a controlled mixed methods pilot study in Dutch primary care. *British Journal of General Practice* 66(643): 99-105.
- Wentink, C., Huijbers, M.J., Lucassen, P., Kramers, C., Akkermans, R., Adang, E., Spijker, J. & Speckens, A.E.M. (2019). Discontinuation of antidepressant medication in primary care supported by monitoring plus mindfulness-based cognitive therapy versus monitoring alone: design and protocol of a cluster randomized controlled trial. *BMC Family Practice* 20(1): 105.

TIPS BIJ HET THEMA

Kan mindfulness het lijden van patiënten verlichten?

- Het Radboudumc Centrum voor Mindfulness is een nationaal expertisecentrum voor de toepassing en wetenschappelijke evaluatie van mindfulness-based interventies in de gezondheidszorg en daarbuiten. Tevens aanbod van scholings- en opleidingsmogelijkheden op het gebied van mindfulness. Op de website van het Centrum voor Mindfulness is allerlei achtergrondinformatie te vinden. www.radboudcentrumvoormindfulness.nl

Anne (dr. E.M.) Speckens is hoogleraar Psychiatrie, verbonden aan het Radboudumc Centrum voor Mindfulness in Nijmegen. E anne.speckens@radboudumc.nl