Voor allen die zoeken naar verlichting van lijden

There is a crack in everything
That's how the light gets in

(Leonard Cohen, 1992)

Compassievol leven

Een mindfulness-based verdiepingsprogramma

Erik van den Brink en Frits Koster

Boom

Inhoudsopgave

Voorwoord door Paul Gilbert 13
Voorwoord door Edel Maex bij de eerste druk 19
Woord vooraf bij de herziene druk 21

Inleiding 23

1 Benaderingen van lijden 37

1.1 Oude waarheden 38
1.1.1 De diagnose 41
1.1.2 De oorzaak 44
1.1.3 De prognose 46
1.1.4 De behandeling 47

1.2 Moderne mythen 49
1.2.1 De mythe van beheersbaarheid 50
1.2.2 De mythe van specifieke remedies 52
1.2.3 De mythe van afhankelijkheid van experts 54
1.2.4 De mythe van waardevrijheid 55

1.3 Tijdloze waarden 58
1.3.1 'Onderzoek alles en behoud het goede' 58
1.3.2 'Behandel anderen zoals je zelf behandeld wilt worden' 59
1.3.3 'Er is meer goed dan mis met ons' 61

1.4 Oorzaken en remedies 63
1.4.1 Oorzaken van lijden: een ontmoeting tussen oost en west 64
1.4.2 Bevrijding van lijden: een huwelijk tussen oost en west 67

1.5 Van mindfulnesstraining naar compassietraining 71
1.5.1 Mindfulnesstraining in de gezondheidszorg 71
1.5.2 Compassietraining in de gezondheidszorg 74

1.6 Wetenschappelijk onderzoek 76
1.6.1 Correlatiestudies mindfulness, (zelf)compassie en gezondheid 77
1.6.2 Interventiestudies bij niet-klinische proefpersonen 81
1.6.3 Interventiestudies bij klinische proefpersonen 84
1.6.4 De neurobiologie van compassie 88

2 Compassietraining in de praktijk 97

2.1 *Niet onze fout* 102

Sessie 1: Drie emotieregulatiesystemen
2.1.1 Waarom hebben we compassie nodig? 102
2.1.2 Oefening 'De ademruimte met vriendelijkheid' 105
2.1.3 De evolutie van ons brein en ons vermogen tot compassie 106
2.1.4 Het gevaar-, jaag- en zorgsysteem 110
2.1.5 Oefening 'De drie cirkels' 115
2.1.6 Een kwestie van balans 116
2.1.7 Oefening 'De veilige plek' 118
2.1.8 Uit balans: meer stress dan rust 121
2.1.9 De balans herstellen 124
2.1.10 Oefening 'Mildheidmeditatie – jezelf' 125
2.1.11 Het zorgsysteem voeden 129
2.1.12 Dagboekoefening 'Het zorgsysteem' 133
2.1.13 Overzicht sessie 1 134

2.2 *Iets wat onze liefde nodig heeft* 135

Sessie 2: Stressreacties en zelfcompassie
2.2.1 Vechten, vluchten, verstarren 136
2.2.2 Oefening 'Compassievol omgaan met weerstand' 139
2.2.3 *Tend and befriend* 141
2.2.4 Zelfcompassie als antwoord op emotionele pijn 144
2.2.5 Vijf wegen naar zelfcompassie 148
2.2.6 Oefening 'Een hand op het hart' 150
2.2.7 *Survival of the nurtured* 151
2.2.8 Oefening 'De ademruimte met compassie' 152
2.2.9 Met obstakels omgaan 154
2.2.10 Werken met het voorstellingsvermogen 158
2.2.11 Oefening 'De compassionele metgezel' 161
2.2.12 Hoe zelfcompassie pijn kan doen 164
2.2.13 Dagboekoefening 'Het gevaarsysteem' 169
2.2.14 Overzicht sessie 2 169

2.3 *Welke wolf wint?* 171

Sessie 3: Innerlijke patronen
2.3.1 Oefening 'Compassievol omgaan met verlangen' 171
2.3.2 Welke modus overheerst? 173
2.3.3 De hunkering naar zelfwaardering 178
2.3.4 De innerlijke criticus 180
2.3.5 Schaamte en verlegenheid 182
2.3.6 Schuld 184
2.3.7 Oefening 'Compassievol omgaan met innerlijke patronen' 186
2.3.8 Innerlijke patronen benoemen 188
2.3.9 Oefening 'Mildheidmeditatie – een weldoener' 193
2.3.10 Dagboekoefening 'Het jaagsysteem' 194
2.3.11 Overzicht sessie 3 195

2.4 *Geen modder, geen lotus* 196

Sessie 4: De compassiemodus
2.4.1 De lotus van compassie 196
2.4.2 Oefening 'Compassie belichamen' 202
2.4.3 De kracht van het voorstellingsvermogen en 'doen alsof' 206
2.4.4 Oefening 'Mildheidmeditatie – een dierbare persoon' 209
2.4.5 Oefening 'Mildheidmeditatie – een neutrale persoon' 210
2.4.6 Oefening 'Vriendelijkheid voor het lichaam' 211
2.4.7 Bewegingsoefeningen met vriendelijkheid 213
2.4.8 Oefening 'Lopen of wandelen met vriendelijkheid' 214
2.4.9 Dagboekoefening 'De innerlijke criticus' 217
2.4.10 Overzicht sessie 4 218

2.5 *Ben ik dan niet alleen?* 219

Sessie 5: Zelf en anderen
2.5.1 Compassiebeoefening: zelfoverstijgend en relationeel 219
2.5.2 Oefening 'Een compassionele brief' 224
2.5.3 Mildheid naar anderen ontwikkelen 229
2.5.4 Oefening 'Mildheidmeditatie – een "lastige" persoon' 232
2.5.5 Weerstand bij het beoefenen van mildheid naar anderen 235
2.5.6 Compassioneel ademen 236
2.5.7 Dagboekoefening 'De innerlijke helper' 239
2.5.8 Overzicht sessie 5 240

2.6 *Het liefst allemaal gelukkig* 241

Sessie 6: Gedeelde menselijkheid
2.6.1 *Common humanity* 242
2.6.2 Vergevingsgezindheid 243

2.6.3 Vier Levensvrienden 249
2.6.4 Ontdekken wat bijdraagt aan geluk 253
2.6.5 Oefeningen voor duurzaam geluk 255
2.6.6 Oefening 'Mildheidmeditatie – de hele wereld' 260
2.6.7 Dagboekoefening 'Compassie ontvangen' 261
2.6.8 Overzicht sessie 6 262
2.6.9 Extra stilte- of oefenbijeenkomst 263
2.6.10 Oefening 'Zitten als een paardenfluisteraar' 264
2.6.11 Voorbeeld van een 2,5 uur durende stilte- of oefenbijeenkomst 266

2.7 *Waar je ook gaat* 267

Sessie 7: Compassie in het dagelijks leven
2.7.1 Oefening 'Gelijkmoedigheid' 267
2.7.2 Oefening 'Medevreugde' 270
2.7.3 Wat beweegt ons? 272
2.7.4 Bewogen door mededogen 277
2.7.5 Motivatie en keuzevrijheid 279
2.7.6 Oefening 'Compassie ontdekken in het dagelijkse leven' 281
2.7.7 Van formele naar informele beoefening 282
2.7.8 Praktische ethiek 284
2.7.9 Oefening 'Een compassioneel preventieplan' 286
2.7.10 Dagboekoefening 'Compassie geven' 287
2.7.11 Overzicht sessie 7 288

2.8 *De vleugels uitslaan* 290

Sessie 8: Compassievol leven
2.8.1 Compassie en zelfhelend vermogen 290
2.8.2 Intieme betrokkenheid 292
2.8.3 Grenzeloze openheid 295
2.8.4 Hoe verder? 300
2.8.5 Overzicht sessie 8 303

3 De compassievolle hulpverlener 305

3.1 Beoefening door de hulpverlener 306
3.2 Therapeutisch gebruikmaken van algemene inzichten 311
3.3 Compassiebeoefening leren aan cliënten 315
3.3.1 Voor welke cliënten? 317
3.3.2 Door welke trainers? 321

Lijst met audiobestanden 325
Lijst met werkbladen 327
Verder lezen, luisteren en surfen 329
Literatuur 335
Register 359
Dankwoord 371
Over de auteurs 375

Voorwoord door Paul Gilbert

In dit bijzondere en toegankelijke boek hebben Erik van den Brink en Frits Koster een meesterwerk gecreëerd van integratie van westerse wetenschap met inzichten uit eeuwenoude contemplatieve tradities. Bovendien hebben zij een stapsgewijs trainingsprogramma in acht sessies ontwikkeld dat bij kan dragen aan het welzijn van velen.

De westerse wetenschap heeft laten zien wat ten tijde van de Boeddha nog onbekend was, namelijk dat de evolutie van mensen verliep zoals bij andere diersoorten – onder invloed van natuurlijke selectie. Zo hebben wij, evenals veel andere dieren, een brein dat een scala van motieven en emoties mogelijk maakt ten dienste van onze overleving. Veel van onze drijfveren zijn zoogdiermotieven, gericht op seks, status, sociale binding en het bij de groep horen. En we hebben – zoals onze verwanten in het dierenrijk – een 'ingebouwd' repertoire van emotionele reacties, gericht op het vermijden van gevaar, het verkrijgen van beloning en plezier, en het vinden van tevredenheid, kalmte, geborgenheid en harmonie. Dit vormt het fundament van de menselijke geest.

Maar we vertonen ook diepgaande verschillen met andere dieren en dat is zowel een zegen als een vloek. Ongeveer twee miljoen jaar geleden deed zich bij onze menselijke voorouders iets ingrijpends voor: in vrij korte tijd werden we 'slim'. Er ontstond het vermogen om te denken, te rumineren, te anticiperen en te redeneren; om symbolen te gebruiken, in taal te communiceren en vervolgens wetenschap te ontwikkelen. Er ontstond het besef van een zelf en een identiteit. We begonnen over

onze geest en onze toekomst na te denken, en over die van anderen, zoals geen enkele diersoort dat kan. Chimpansees zitten niet onder een bananenboom te piekeren over hun gezondheid of over hun aantrekkelijkheid voor anderen. Maar wij mensen hebben het vermogen om ons voorstellingen te maken die sterke effecten hebben op ons fysieke functioneren. In feite kan ons piekeren en fantaseren de fysiologie van ons lichaam bespelen zoals vingers de toetsen van een piano. Zo stimuleren angstige of agressieve voorstellingen ons gevaarsysteem en begeerlijke voorstellingen ons jaagsysteem. Daarom is het van groot belang dat we inzicht krijgen in hoe onze geest werkt en waarop deze gefocust en gericht is. Ontbreekt dat inzicht, dan kan onze geest zich gedragen als een kurk, dansend op de onvoorspelbare zeeën van emoties en driften. Zonder reflectie kunnen we bij onszelf en anderen grote schade aanrichten. We hoeven niet ver om ons heen te kijken om de afgrijselijke wreedheden te zien die mensen elkaar aandoen, de grove ongelijkheid waar velen onder lijden, en de hoge prevalentie van geestelijk lijden in de vorm van depressie, angst en paranoïdie.

Toen Siddhartha aan zijn zoektocht begon naar de aard en de oorzaken van het lijden, ontdekte hij dat een onverlichte en ongeoefende geest een bron was van veel lijden. De remedie was te leren opmerkzaam te zijn van de inhoud van de geest en zich bewust te zijn van 'het huidige moment'. Maar 'mindfulness' – zoals het nu genoemd wordt – was verankerd in een diep ethisch besef van compassie en geweldloosheid. In feite was mindfulness een weg om de geest te stabiliseren en de basis te verschaffen voor de ontwikkeling van *bodhicitta* – waarbij men de beoefening opdraagt *aan de verlichting en de bevrijding van het lijden van alle wezens*. De Boeddha onderwees hoe belangrijk het is om aandacht te leren geven aan wat er gaande is in onze geest en welke delen ons doen en laten controleren. Maar hij was ook doordrongen van het belang van het cultiveren van de juiste motivatie als organiserend beginsel van onze geest. Erik van den Brink en Frits Koster koesteren diepe waardering voor de wortels van mindfulness en compassie in deze ethische tradities.

Behalve op diepe inzichten uit de contemplatieve tradities bouwt *Mindfulness-Based Compassionate Living* (MBCL) voort op derdegeneratie

cognitieve gedragstherapieën die mindfulness integreerden, in het bijzonder op *Compassion Focused Therapy* (CFT) (Gilbert 2000, 2009a, 2010; Gilbert & Choden, 2013). Hoewel CFT ook put uit oude wijsheden, is de basis van haar begrip van de menselijke geest diepgeworteld in de westerse psychologie en het groeiende inzicht in de evolutie van ons brein. Zelfs een vluchtige blik op het geëvolueerde brein en hoe het nu in de moderne wereld functioneert, maakt al duidelijk hoe het ons in serieuze problemen kan brengen. Het is wetenschappelijk aangetoond hoe aandacht en fysiologie elkaar krachtig beïnvloeden, hoe sociale omstandigheden ons gemakkelijk ten goede of ten kwade veranderen, en hoe onze affectieve relaties lichaam en geest reguleren. Van de dag dat we worden geboren tot de dag dat we sterven, zullen de zorg en compassie die ons omringen een enorme rol spelen in de kwaliteit van ons leven. We weten nu dat het menselijk brein zich samen met een reeks van fysiologische systemen ontwikkelde om gevoelig te zijn voor signalen van zorg ontvangen en zorg geven. Of we nu kijken naar het niveau van de genen, het cardiovasculair systeem, het immuunsysteem, de frontale cortex of andere emotieregulatiesystemen, uit onderzoek blijkt dat we het best functioneren wanneer we ons geliefd en gewaardeerd voelen (in tegenstelling tot ongeliefd en niet gewaardeerd) en liefdevol en respectvol zijn naar anderen (in tegenstelling tot vijandig en minachtend).

Veel mensen met psychische problemen hebben moeite met de cruciale menselijke processen van zorgen voor anderen, zorg ontvangen van anderen, en zorgen voor zichzelf. Ze kunnen het lastig vinden relaties aan te gaan en leven in eenzaamheid en isolement; ze kunnen wantrouwend, boos en teleurgesteld zijn in anderen; en vaak zijn ze teleurgesteld in zichzelf en gaan ze gebukt onder zelfkritiek of zelfs zelfhaat. Zo begon CFT haar reis met het doorgronden van de aard van schaamte en de blokkades bij deze zorgprocessen, en hoe therapeut en cliënt compassie in alle drie de domeinen konden cultiveren. De auteurs van dit boek zijn de uitdaging aangegaan een mindfulness-based programma te ontwikkelen dat de deelnemers leert hun weg in deze domeinen te vinden door hun eigen mentor, coach of therapeut te worden.

Compassie wordt gemakkelijk misverstaan als weinig meer dan vriendelijkheid, tederheid en zachtheid. Terwijl dit zeker kwaliteiten zijn die

compassie kunnen bevorderen, vormen ze niet de basis van compassie. Het fundament van compassie is motivatie, wat blijkt uit de definitie 'gevoelig zijn voor lijden van onszelf en anderen en toegewijd zijn om er wat aan te doen'. Er zitten dus, zoals bij andere motivatiesystemen, twee aspecten aan: oriëntatie en actie. Vandaar dat compassie zich vertaalt in:

1 het ontwikkelen van de bereidheid en moed om ons naar het lijden van onszelf en anderen toe te wenden, in plaats van ons af te wenden, en
2 de verantwoordelijkheid nemen om wijsheid en vaardigheden te cultiveren en de juiste handelingen te verrichten om lijden te verlichten en te voorkomen.

Westerse wetenschap en de wijsheid van oude tradities stemmen overeen als het gaat om het cruciale belang van het cultiveren van compassie in de wereld van vandaag en het doorgeven hiervan aan onze kinderen. Compassie ontwaakt in ons wanneer we inzien hoe we zijn geëvolueerd als kwetsbare wezens met lichamen, ontworpen als overlevingswerktuigen, die snel in verval raken en wegkwijnen. Niet alleen het besef van vergankelijkheid – door de Boeddha herkend als een bron van lijden – maar ook het proces van vergankelijkheid zelf kan intens pijnlijk zijn, omdat de ouderdom komt met meer fysieke pijn, kwetsuur, ziekte, verlies en beperking. Compassie vraagt van ons dat we veel meer aandacht geven aan de realiteit van het menselijk leven en onze manieren van lijden. Maar we zien ook in dat we zodanig gevangenzitten in eigenbelang en hebzucht dat we onze leefomgeving vernietigen en onze kinderen opzadelen met enorme problemen; en dan noemen we nog niet eens de uiterst ongelijke verdeling van de welvaart. Compassie reikt voorbij het zelf. Het leven heeft voor ons allen pijn en tragedie in petto, in een of andere vorm; toch kan het lijden lichter en draaglijker worden in het landschap van compassie, waar ieder behulpzaam is voor ieder ander.

Zo staan we voor de uitdaging om met het gegeven van een genetisch gevormd lichaam en een geest die vreest en hunkert, een zinvol en gelukkig leven te leiden. Dit boek wil lezers daarbij diepe inzichten aanreiken. Het MBCL-programma biedt een stap-voor-stapbenadering

om mindfulness en compassie te cultiveren. Onderzoekers beginnen te suggereren hoe behulpzaam mindfulnessbeoefening en compassievolle motivatie zijn voor het leren omgaan met onze reactieve geest in ons dagelijks leven. En het is ons dagelijks leven waar dit boek over gaat. Voortbouwend op de beoefening zoals geleerd in een basistraining mindfulness, treffen lezers een scala van verdiepende oefeningen aan uit vele bronnen, zoals: het kalmerend ademritme, lichaamsbewustzijn, geleide meditatie, werken met het voorstellingsvermogen, omgaan met weerstand en verlangen, herkennen van ongezonde patronen en het cultiveren van compassie hand in hand met de andere 'Levensvrienden' – vriendelijkheid, medevreugde en gelijkmoedigheid. Om dit allemaal in een programma van acht sessies samen te brengen is opmerkelijk.

Op deze bladzijden vindt u een goed onderzocht en prachtig geschreven relaas van hoe en waarom het trainen van onszelf in aandacht en compassie kan leiden tot een zinvoller, gezonder en gelukkiger leven in grotere sociale harmonie. Dit is een wonderschoon pad voor een leven dat is gebaseerd op mindfulness en mededogen. Een boek om te koesteren.

Professor Paul Gilbert, PhD, FBPsS, OBE, hoogleraar klinische psychologie, University of Derby, auteur van *The Compassionate Mind* (Londen: Constable & Robinson, 2009).

Woord vooraf bij de herziene druk

Sinds het verschijnen van de eerste druk van dit boek hebben trainers, hulpverleners en deelnemers met verschillende achtergronden ruime ervaring opgedaan met het programma *Mindfulness-Based Compassionate Living* (MBCL), zowel binnen als buiten de gezondheidszorg. Een Duitse en een Engelse editie zijn inmiddels verschenen, en een Spaanse en Zuid-Koreaanse zijn op komst. Onderzoek naar de effecten van het programma toont veelbelovende resultaten en de eerste wetenschappelijke publicaties beginnen te verschijnen. We zijn intensief bezig geweest met de scholing van mindfulnesstrainers en professionals, in binnen- en buitenland, die met het programma willen werken. Dit heeft geleid tot vruchtbare uitwisselingen en heeft een verdere ontwikkeling en verfijning van het programma mogelijk gemaakt. MBCL is uitgegroeid tot een breed toepasbaar trainingsprogramma voor mensen die al vertrouwd zijn met mindfulnessbeoefening, dat in vele werkvelden 'transdiagnostisch' kan worden aangeboden. Een aantal thema's en oefeningen is verschoven in het curriculum of heeft meer of minder accent gekregen. Ook is een aantal nieuwe oefeningen toegevoegd. Hoewel de benaming 'compassietraining' in Nederland gangbaar blijft, is er meer balans gekomen in de aandacht voor alle Vier Levensvrienden: vriendelijkheid, mededogen, medevreugde en gelijkmoedigheid.

Deze volledig herziene druk is afgestemd op de vorig jaar verschenen Engelse editie (Van den Brink & Koster, 2015) en het in Nederland verschenen hulpboek *Compassie in je leven* (Koster & Van den Brink, 2015). Terwijl het hulpboek bedoeld is voor een breed lezers-

publiek, richt deze nieuwe uitgave zich op professionele en andere geïnteresseerde lezers die – naast de praktijk – ook de theoretische achtergrond en de wetenschappelijke onderbouwing van het programma beter willen begrijpen. Talrijke relevante referenties zijn daarom toegevoegd. Het onderzoek rond (zelf)compassie is de laatste jaren zodanig gegroeid dat een geheel nieuw hoofdstuk is toegevoegd om dit up-to-date samen te vatten. Het boek heeft een royaler formaat en een aantal nieuwe illustraties gekregen. De audio-cd is vervangen door een completer aanbod van luisteroefeningen, die als audiobestanden gedownload kunnen worden via www.boompsychologie.nl/compassievol-leven. Ook de werkbladen die bij de training gebruikt kunnen worden, zijn als downloads beschikbaar. De e-bookversie van het boek wordt gratis bijgeleverd.

Wij hopen dat de lezer net zo verheugd is met deze nieuwe editie als wijzelf.

Erik van den Brink en Frits Koster, augustus 2016

Inleiding

> Besef dat, zoals een vogel twee vleugels nodig heeft om te vliegen, wijsheid en compassie gelijktijdig ontwikkeld dienen te worden.
>
> (Matthieu Ricard, 2010)

'Compassie' – in dit boek als synoniem gebruikt voor 'mededogen' – is het vermogen ons betrokken te voelen bij pijn en lijden, zowel van onszelf als van anderen. Het gaat samen met de wens deze pijn en dit lijden te verlichten en de bereidheid om daarin verantwoordelijkheid te nemen. Het is een algemeen menselijke eigenschap, die bij iedereen in aanleg aanwezig is, maar die vaak om allerlei redenen niet tot bloei gekomen is. Gelukkig kan compassie door beoefening wel ontwikkeld en verdiept worden, en dat is het doel van compassietraining. Terwijl medelijden vooral gepaard gaat met angst en sentimentaliteit, vraagt compassie om moed en ruimhartigheid. In het Westen worden de termen mededogen en compassie vooral gebruikt om het begaan zijn met het lijden van anderen aan te duiden, en moeten we het samengestelde woord 'zelfcompassie' gebruiken voor het begaan zijn met ons eigen lijden. In een ontmoeting tussen de huidige dalai lama en westerse wetenschappers was het een pijnlijke constatering dat ook in het Engels een woord voor mededogen met onszelf ontbrak (Goleman, 2003). De dalai lama legde toen uit dat in het Tibetaans een en hetzelfde woord (*tsewa*) gebruikt wordt om compassie met betrekking tot onszelf en met betrekking tot anderen aan te duiden. In zijn optiek kan het een niet zonder het ander en is het een vorm van ernstige verwaarlozing om onszelf van mededogen uit te sluiten. In dit boek over compassietraining nemen we deze visie zeer ter harte en zien we de beoefening van zelfcompassie niet als egocentrisch, maar juist als een belangrijke voorwaarde voor zowel een gezonde relatie met onszelf als een gezonde relatie met anderen.

De compassietraining (in het Engels is gekozen voor de benaming *Mindfulness-Based Compassionate Living*, afgekort MBCL) zoals we die in de ggz hebben opgezet, is ontwikkeld als verdiepingscursus voor mensen die al een mindfulnesscursus hebben gevolgd. De training komt voort uit een wetenschappelijk onderbouwde visie op het belang van (zelf)compassie en is onder meer gebaseerd op het werk van Paul Gilbert (2009a, 2010), Christopher Germer (2009), Kristin Neff (2011), Tara Brach (2004) en Rick Hanson (2009, 2013).

Veel mensen met langdurige of terugkerende psychische, fysieke of gedragsmatige problemen, van welke aard ook, hebben een lage dunk van zichzelf en gaan gebukt onder zelfverwijt of schaamte. Zij kunnen somber, angstig, hunkerend, boos of wantrouwend in de wereld staan en moeite hebben om warme gevoelens voor zichzelf en anderen te ervaren. Zij kunnen vluchten in isolement of zich storten in bezigheden of relaties die hun niet echt voldoening geven. Gesprekstherapieën bieden niet altijd een oplossing. Soms geven zij wel inzicht, maar bereiken zij onvoldoende het ervaringsniveau ('Ik snap het wel, maar voel het niet'). Juist dan valt compassietraining te overwegen, waarin oefeningen aangeboden worden om meer warmte, geborgenheid, acceptatie en verbondenheid met onszelf en anderen te *ervaren*.

Beoefening van mindfulness wordt meestal in navolging van Jon Kabat-Zinn (1996, p. 21) omschreven als 'aandacht geven op een speciale manier: doelbewust, in het huidige moment, en zonder oordeel'. Deze beoefening kan leiden tot meer inzicht en wijsheid in ons leven en blijkt gunstige effecten te hebben op de lichamelijke en geestelijke gezondheid. In de gezondheidszorg worden dan ook steeds meer mindfulnesscursussen aangeboden in de vorm van *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) of *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT). Dat het daarbij niet alleen gaat om het ontwikkelen van opmerkzaamheid met een *open* houding, maar ook met een *milde* houding, wordt al door mindfulnesstrainers van het eerste uur benadrukt. Edel Maex (2006, p. 49) omschrijft mindfulness kortweg als 'een milde open aandacht'. Jon Kabat-Zinn (2006, p. 69) zegt in *Coming to Our Senses*: 'Meditatie ben ik meer dan wat ook gaan zien als een daad van liefde, een naar binnen gericht gebaar van welwillendheid en vriendelijkheid tegenover onszelf en tegenover anderen, een gebaar

van het hart dat onze volmaaktheid ook herkent in onze overduidelijke onvolmaaktheid, met alle tekortkomingen, verwondingen, gehechtheden en ergernissen die daarbij horen, en onze hardnekkige neiging tot onoplettendheid.' De grondleggers van de MBCT – Zindel Segal, Mark Williams en John Teasdale – benoemen in hun handboek deze houding van mildheid ook wel, maar minder expliciet. In de eerste editie van hun boek (Segal e.a., 2002) wordt de beoefening van compassie in het geheel niet genoemd. In de tweede editie (2013) is een apart hoofdstuk aan het thema gewijd. Daarin bepleiten zij terughoudendheid ten aanzien van het aanbieden van expliciete compassie-oefeningen aan patiënten die kwetsbaar zijn voor depressie, omdat dit gemakkelijk hun gevoel kan versterken niet goed genoeg te zijn wanneer zij niet in staat zijn vriendelijk voor zichzelf te zijn. Naar hun mening wordt een compassievolle houding het best impliciet overgebracht doordat de trainer vriendelijkheid en compassie belichaamt. In het zelfhulpboek dat zij samen met Jon Kabat-Zinn uitbrachten, wordt echter onomwonden gezegd dat mindfulness ook als *heartfulness* kan worden omschreven, omdat het in feite draait om een vorm van mededogen in ons bewustzijn (Williams e.a., 2007, p. 4).

In het Pali, een dialect dat in de tijd van de Boeddha gesproken werd in Noord-India en waarin de meest oorspronkelijke geschriften van het boeddhisme zijn overgeleverd, wordt wel het woord *citta* gebruikt. In het Nederlands wordt dit doorgaans vertaald met de term 'bewustzijn'; het woord *citta* omvat echter zowel het hart als de geest. Het woord 'mindfulness' was aanvankelijk de vertaling van het Pali-woord *sati*, waarmee de pure kwaliteit van opmerkzaamheid, van bewust aanwezig zijn in het moment, werd aangeduid. De beoefening van *sati* opent de weg tot wijsheid en inzicht in de werking van de geest en de aard van de werkelijkheid. Mindfulnessbeoefening werd voor velen een synoniem voor *vipassana* of inzichtmeditatie. En steeds meer kreeg mindfulness in het Westen een nog bredere betekenis, die ook de cultivering van de milde houding omvatte waarmee we opmerkzaam zijn, en de ontwikkeling van liefdevolle vriendelijkheid en mededogen, en breidde de betekenis zich uit naar *heartfulness*.

Toch is er in het Westen nu eenmaal een dominante associatie tussen *mind* (geest) en intellectuele kwaliteiten, en tussen *heart* (hart) en

emotionele kwaliteiten. Niet iedereen denkt er bij mindfulness meteen aan dat het ook om de ontwikkeling van een mededogend hart gaat, en bij heartfulness dat het ook om de ontwikkeling van opmerkzaamheid gaat. We zouden eigenlijk moeten spreken van *heart-mind-fulness*, met de lastigheid dat we een samengesteld woord introduceren dat erg onpraktisch in het gebruik zou zijn. Wij kiezen er dan ook voor om beide woorden naast elkaar te laten bestaan, verwijzend naar kwaliteiten die zij aan zij gecultiveerd dienen te worden. Het is behulpzaam ze te onderscheiden, zolang we maar beseffen dat 'onderscheiden' niet betekent dat ze van elkaar te scheiden zijn.

In Azië wordt daarvoor wel het beeld van een vogel gebruikt. De ene vleugel van de vogel staat voor 'wijsheid' en de andere vleugel voor 'mededogen' (Siegel & Germer, 2012). De vogel heeft beide vleugels nodig om te kunnen vliegen. Zij houden elkaar in evenwicht. Pogingen om zorgzaam en vriendelijk te zijn zonder inzicht kunnen tot dwaze en ongezonde vormen van mededogen leiden; denk bijvoorbeeld aan het steeds rekening houden met en in stand houden van verslavingsgedrag bij een familielid of aan het steeds maar toegeven aan de neiging tot troosteten. En het trainen van opmerkzaamheid zonder compassie kan leiden tot een kille gevoelloosheid. Een extreem voorbeeld daarvan zijn de Japanse kamikazepiloten in de Tweede Wereldoorlog, die hun zentraining gebruikten om hun vliegtuigen vol explosieven meedogenloos op de geallieerde schepen te storten.

In de mindfulnesstraining wordt al een (begin van een) houding van mildheid en mededogen ontwikkeld. In de compassietraining worden naast de milde houding ook de mindfulnessvaardigheden verder verdiept. Mindfulness en compassie oefenen tezamen hun heilzame werking uit en gaan daarbij hand in hand.

VOOR WIE DIT BOEK BEDOELD IS

Dit boek is bedoeld voor iedereen die vanuit professionele of persoonlijke interesse meer wil weten over mindfulness- en compassiebeoefening in de setting van de gezondheidszorg, om gezondheidsproblemen te voorkomen of er gezonder mee om te gaan; en in de setting van de bredere hulpverlening, coaching en onderwijs. Wie professioneel het mindfulness-based werken wil verdiepen met compassiegerichte

oefeningen, raden we aan dit vanuit eigen beoefening te doen. Het kan waardevol zijn het boek in vlot tempo van kaft tot kaft te lezen, maar wie de verdieping van compassiebeoefening van binnenuit wil ervaren, raden we aan er de tijd voor te nemen, met name voor het praktische deel. Het al vertrouwd zijn met de beoefening van mindfulness biedt onzes inziens een belangrijke basis. Bij voorkeur bestaat die ervaring uit het eerder gevolgd hebben van een achtweekse MBSR- of MBCT-groepstraining, of een equivalente training, zoals Breathworks (Burch, 2010). Ook met behulp van een zelfhulpboek kan een goede basis zijn gelegd in MBSR of MBCT (bijvoorbeeld Maex, 2006; Williams e.a., 2007; Dewulf, 2009a; Stahl & Goldstein, 2010) of door bekendheid met mindfulnessoefeningen vanuit Acceptatie en Commitment Therapie of Dialectische Gedragstherapie (bijvoorbeeld Bohlmeijer & Hulsbergen, 2009; Hayes & Smith, 2006; McKay e.a., 2008). Het al langere tijd beoefend hebben van een meer traditionele vorm van meditatie, bijvoorbeeld vipassana of zen, kan natuurlijk ook heel goed als voorbereiding volstaan.

Men kan de indruk krijgen dat MBCL vooral gericht zou zijn op ggz-cliënten. Inderdaad zijn we in de ggz begonnen met de ontwikkeling daarvan. Sindsdien hebben we MBCL in steeds bredere kring onderwezen. Het bleek dat ook mensen met stabielere achtergronden en minder psychische problemen, maar niettemin stressvolle levens, veel baat bij het programma kunnen hebben. Het valt nu eenmaal niet altijd mee om mens te zijn en we kunnen allemaal baat hebben bij het cultiveren van (zelf)compassie. Dit boek is daarom niet alleen geschreven voor mindfulnesstrainers die de compassietraining als verdiepingstraining willen aanbieden, of voor hulpverleners die compassiegerichte oefeningen in hun therapeutische of coachende werk met cliënten willen integreren, maar ook voor hen die met MBCL kennis willen maken om zelf gezonder en compassievoller te functioneren in hun persoonlijke en beroepsmatige leven.

De taal en stijl zijn zo gekozen dat het boek voor lezers met diverse professionele achtergronden en ook voor geïnteresseerde niet-professionals begrijpelijk is. In het praktische gedeelte en bij oefeningen die als persoonlijke gids bij zelfonderzoek gebruikt kunnen worden, hopen we dat de lezer er geen bezwaar tegen heeft getutoyeerd te worden. We kiezen daar bewust de meer informele stijl die in de groepstraining gebrui-

kelijk is. Tegelijkertijd willen we helder zijn over de wetenschappelijke basis van het programma. We proberen jargontaal te vermijden, maar wel wetenschappelijke inzichten en relevante onderzoeksresultaten in de tekst te integreren. We geven ter plaatse de referenties met (eerste) auteursnamen en publicatiejaar tussen haakjes, zodat de betreffende werken in de literatuurlijst achter in het boek gevonden kunnen worden.

DE OPBOUW VAN HET BOEK

Het boek bestaat uit drie delen. Deel 1 en 3 zijn meer theoretisch van aard en geven een kader voor geïnteresseerden die meer achtergrondkennis zoeken over het hoe en waarom van de cultivering van compassie in de gezondheidszorg, zowel bij hulpzoekers als hulpverleners. Deel 2 is geschreven als praktische handleiding en beschrijft hoe compassie voor zichzelf en anderen ontwikkeld en verdiept kan worden.

In het eerste deel, 'Benaderingen van lijden', worden ter introductie de bredere theoretische achtergronden geschetst van de training. In 1.1 staan we stil bij 'oude waarheden' met betrekking tot het menselijk lijden en vergelijken we *inner science* en *outer science* met elkaar. In 1.2 benoemen we een aantal 'moderne mythen' die een valkuil kunnen zijn bij het omgaan met lijden. Vervolgens vragen we ons in 1.3 af welke 'tijdloze waarden' ons daarbij ten dienste kunnen staan. In 1.4 laten we zien hoe de boeddhistische en westerse psychologie van het menselijk lijden elkaar kunnen aanvullen ten aanzien van de 'oorzaken en remedies'. In 1.5 beschrijven we hoe we als mindfulnesstrainers in de ggz ertoe zijn gekomen de compassietraining die in dit boek beschreven wordt, te ontwikkelen. In 1.6 geven we een overzicht van de wetenschappelijke onderbouwing van compassiegericht werken in de gezondheidszorg.

In het tweede deel, 'Compassietraining in de praktijk', dat het omvangrijkst is, volgen we de structuur van de training zoals die gewoonlijk gegeven wordt. Ook in dit praktische deel zit theoretische uitleg verweven en worden relevante referenties genoemd, die behulpzaam kunnen zijn bij het doen van de oefeningen. Allereerst noemen we een aantal punten ter overweging voordat men aan de training begint. Vervolgens beschrijven we in 2.1 tot en met 2.8 stapsgewijs in acht sessies de compassietraining. Dit deel kan dienen als leidraad voor individuele beoefening en om het volgen of geven van een groepstraining te begelei-

den. Aan het einde van elk hoofdstuk wordt bij wijze van samenvatting een overzichtskader geboden van de inhoud van de betreffende sessie. Bijbehorende audiobestanden met geleide oefeningen en werkbladen zijn downloadbaar via www.boompsychologie.nl/compassievol-leven. In de tekst wordt een audiobestand aangegeven met het icoontje en een werkblad met het icoontje . Achter in het boek zijn overzichtjes te vinden van deze audiobestanden en werkbladen. Lezers kunnen desgewenst met het praktische deel 2 beginnen en het theoretische deel 1 eerst overslaan, om dit eventueel later nog eens door te lezen.

Deel 3, 'De compassievolle hulpverlener', is een beknopte toelichting speciaal voor hulpverleners die met compassiegerichte oefeningen willen werken, vanuit drie perspectieven: de hulpverlener kan zelf aan compassiebeoefening doen ten behoeve van de eigen gezondheid en therapeutische effectiviteit (3.1); de hulpverlener kan het therapeutisch werken verrijken met inzichten uit de westerse en boeddhistische psychologie betreffende compassie (3.2); en de hulpverlener kan expliciet cliënten compassiebeoefening leren (3.3). Tot slot staan we stil bij de vragen voor welke cliënten compassietraining geschikt kan zijn en door welke trainers het programma gegeven kan worden.

I

Benaderingen van lijden

Wie angst heeft om te lijden, lijdt nu al aan zijn angst.

(Michel de Montaigne)

Toen ik (Erik) als arts in opleiding in een Engels psychiatrisch ziekenhuis werkte, zag ik eens in het dossier van een oudere, ernstig zieke patiënt onder het kopje behandeling de letters 'TLC' staan. Er stond verder niets aanvullends waaruit ik kon opmaken wat de bedoeling was. Toen ik de verpleegkundigen vroeg wat die letters betekenden, moesten zij hartelijk lachen dat de *Dutch doctor* dat niet wist. Ik leerde toen dat deze in Engeland alom gebezigde afkorting stond voor *Tender Loving Care*. Wanneer 'TLC' in het dossier te lezen was, wist men dat er medisch niets meer voor de patiënt gedaan kon worden en dat de verpleegkundigen alleen nog liefdevolle zorg konden bieden. Dat was een van de weinige gelegenheden dat expliciet, zij het afgekort, een heel compassievol beleid in een medisch dossier genoteerd werd. Gelukkig wisten genoeg verpleegkundigen ook zonder zo'n opdracht de patiënten heel liefdevol te begeleiden – ook wanneer ze nog niet uitbehandeld waren – maar kennelijk kwam die opdracht pas uit de pen van een dokter wanneer niets meer aan behandelmogelijkheden restte.

Compassie speelt als te ontwikkelen kwaliteit een tamelijk marginale rol in de huidige westerse cultuur. We zouden er misschien juist in de gezondheidszorg wel ruimte voor verwachten, omdat door patiënten nu eenmaal veel geleden wordt, maar ook daar horen we er zelden over. Vroeger was dat niet zo. Hippocrates, alom beschouwd als de vader van de westerse geneeskunde, beweerde dat sommige patiënten alleen al beter worden door de vriendelijkheid van hun dokter. In de middeleeuwen ontstonden de kloostertradities, waar vanuit een evangelisch geïnspireerd barmhartigheidsideaal de zieken werden

verzorgd. Van Ambroise Paré, een beroemde Franse chirurg uit de renaissance, is het citaat: 'Soms genezen, vaak verlichten, altijd troosten' (Czerniak & Davidson, 2012, p. 771). En hij was niet bepaald een zacht eitje, want hij verrichtte heroïsche operaties op het slagveld. Sinds de verlichting en de opkomst van het wetenschappelijk materialisme in de geneeskunde lijkt de zorg vanuit christelijke naastenliefde geleidelijk aan vervangen door een rationele benadering met de nadruk op de juiste technische uitvoering van behandelingen. Ziekenhuizen en andere gezondheidszorginstellingen zijn grote moderne bedrijven geworden, waar in zo kort mogelijke tijd zo veel mogelijk patiënten volgens protocol behandeld dienen te worden. Efficiëntie en productie zijn belangrijker geworden dan liefdevolle zorg.

Het lijkt erop dat compassie pas in beeld komt wanneer de dokters en zorgverleners in verlegenheid zijn gekomen. Dat ligt natuurlijk niet alleen aan hen, maar aan de hele moderne cultuur. De huidige samenleving verwacht van haar artsen en therapeuten dat zij doorgaan met 'echte' behandelingen zolang het kan. *Cure* (genezing) is belangrijker dan *care* (zorg).

Compassie vraagt om een andere houding ten opzichte van lijden dan de houding die overheersend is geworden. In dit eerste deel staan we stil bij verschillende benaderingen van lijden, en vergelijken we *inner science* en *outer science* met elkaar. We beschrijven een aantal oude waarheden en moderne mythen die van betekenis zijn voor het omgaan met lijden, en vragen ons af welke richtinggevende waarden ons ten dienste kunnen staan. Vervolgens trekken we parallellen tussen de boeddhistische en westerse psychologie ten aanzien van de oorzaken van lijden en de remedies die het lijden kunnen verlichten. Daarna beschrijven we de ontwikkeling van mindfullnesstraining naar compassietraining en sluiten af met een beknopt overzicht van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek die de toepassing in de gezondheidszorg onderbouwen.

1.1

Oude waarheden

In dit hoofdstuk vergelijken we twee belangrijke empirische benaderingen van het menselijk lijden, de een meer typerend voor de oosterse, de andere meer typerend voor de westerse cultuur.

We kunnen de benadering van de Boeddha als voorbeeld nemen van een houding ten opzichte van lijden die stoelde op empirisch onderzoek. 'Empirisch' wil zeggen: beproefd door zorgvuldige waarneming van de ervaring. De Vier Nobele Waarheden vormen de beginselen van een praktische handleiding om het menselijk lijden te doorgronden en te verlichten. We hoeven deze 'waarheden' niet dogmatisch op te vatten, maar meer als vier werkhypothesen voor het leven die we telkens opnieuw aan de eigen ervaring kunnen toetsen. We hoeven niets op voorhand aan te nemen. Het is treffend hoezeer de Boeddha's werkwijze lijkt op die van een geneesheer. Net als in de geneeskunde stelde hij een diagnose, analyseerde hij de ontstaanswijze (etiologie), gaf hij een prognose en deed hij een therapievoorstel. Hij ging te werk als een wetenschapper van het innerlijk. Hij riep op tot zorgvuldig onderzoek van de processen in onze eigen geest en het eigen lichaam, en raadde aan niets zomaar aan te nemen en alles eerst zelf te onderzoeken. Natuurlijk zijn er nadien in Azië – afhankelijk van de historische en culturele omstandigheden – allerlei boeddhistische stromingen ontstaan, met hun specifieke aanpassingen en religieuze praktijken, waarin – zeker voor buitenstaanders – de oorspronkelijke uitgangspunten niet altijd eenvoudig te herkennen zijn. Steeds meer vertegenwoordigers van deze verschillende stromingen zijn vanuit Azië naar het Westen gekomen, wat juist hier tot ontmoeting en uitwisseling heeft geleid. Veel hedendaagse leraren in het Westen zijn geschoold in meerdere tradities en hebben meer dan ooit oog voor wat de verschillende stromingen verbindt en voor de gemeenschappelijke bron die aan hun oorsprong ligt. Joseph Goldstein (2003) spreekt van de opkomst van een westers boeddhisme en Stephen Batchelor (1998) beschreef al eerder een niet-religieuze westerse vorm van boeddhisme, een boeddhisme zonder geloof. Het is in dit verband goed te beseffen dat de historische persoon Siddhartha Gautama, de latere Boeddha, zelf geen boeddhist was en waarschijnlijk helemaal niet van plan was een nieuwe religie te stichten. Wat ons als hulpverleners in de gezondheidszorg in het bijzonder aanspreekt, is de methode van zelfonderzoek die hij gebruikte om menselijk lijden te verlichten, en waarvan de werkzaamheid voor eenieder – boeddhist of niet – aan de eigen ervaring te toetsen valt. Deze empirische methode van zelfonderzoek vanuit het perspectief van de eerste persoon duiden we in dit boek aan

met de korte – en vandaar handiger – Engelse benaming *inner science*. Alleen de betrokkene zelf kan dit intieme onderzoek van het eigen innerlijk verrichten. Dat wil overigens niet zeggen dat het niet kan leiden tot bruikbare kennis die met anderen die dezelfde methode van zelfonderzoek toepassen, gedeeld en vergeleken kan worden.

De boeddhistische psychologie is de vrucht van dit methodisch zelfonderzoek, dat eeuwenlang in klooster- en lekengemeenschappen werd beoefend en waarvan de resultaten van meester op leerling zijn doorgegeven en met medebeoefenaren bediscussieerd werden. Het is niet zo dat westerse wetenschappers nooit oog voor deze vorm van wetenschapsbeoefening hebben gehad. Zij spreken wel van 'mentale empirie' of 'contemplatieve psychologie', die men evenals de klinische en experimentele psychologie als een vorm van wetenschapsbeoefening kan beschouwen (De Groot, 1994; De Wit, 1987, 2006; Wallace & Hodel, 2008). Al gebruikt de contemplatieve psychologie een andere methode, namelijk die van meditatie en zelfonderzoek, haar resultaten zijn eveneens toetsbaar voor iedereen die dezelfde onderzoeksmethode toepast. Het boeddhisme is daar niet uniek in en we vinden vergelijkbare methoden in andere spirituele stromingen, ook in contemplatieve tradities in het Westen (Goleman, 1997). Alleen kwam het boeddhisme wel eerder dan andere tradities met een uitgewerkte analyse en psychologie van de menselijke geest, de Abhidhamma (Koster, 2005).

In de moderne westerse gezondheidszorg, in zowel de geneeskunde als de klinische psychologie, zijn eveneens vele handleidingen ontwikkeld als antwoord op menselijk lijden. Eveneens ligt hier een empirische methode aan ten grondslag – maar dan vanuit het perspectief van de derde persoon – die we in dit boek *outer science* zullen noemen. Deze wetenschap maakt geen gebruik van het 'innerlijke oog' dat op onze binnenwereld is gericht, maar van de externe zintuigen om de buitenwereld te bestuderen. Zo nodig worden deze zintuigen versterkt en aangevuld met meet- en precisie-instrumenten, zodat alles zo nauwkeurig mogelijk in maat en getal kan worden vastgelegd. In het Westen wordt deze *outer science* vaak beschouwd als de enige 'echte' wetenschap. Alleen deze wetenschapsbeoefening zou tot serieus te nemen kennis kunnen leiden en *inner science* zou 'onwetenschappelijk' zijn. De oosterse cultuur kende aan *inner science* echter een veel be-

langrijker plaats toe. Het is dan ook niet verwonderlijk dat beide culturen uiteenlopende benaderingen van het menselijk lijden laten zien.

Terwijl in het boeddhisme de Vier Nobele Waarheden het vertrekpunt zijn, lijken in het moderne Westen eerder 'Vier Nobele Ambities' de houding ten opzichte van het lijden te bepalen. We zien twee grondhoudingen, die nogal van elkaar verschillen:

Oost – Inner science **VIER NOBELE WAARHEDEN**	**West – Outer science** **VIER NOBELE AMBITIES**
1. Er is lijden (ziekte, ouderdom, dood).	1. Lijden is vermijdbaar (gezondheid is maakbaar).
2. Er is een innerlijke oorzaak: begeerte, aversie, begoocheling (hier-nu).	2. Oorzakelijke factoren zijn analyseerbaar en manipuleerbaar (verleden-toekomst).
3. Innerlijke vrijheid is mogelijk.	3. Beheersing is mogelijk.
4. Er is een pad naar meer innerlijke vrijheid.	4. Er is een pad naar meer beheersing.
'Existentieel' lijden ***Care***	***'Pathologisch' lijden*** ***Cure***

We zetten deze verschillende benaderingen naast elkaar voor wat betreft diagnose, oorzaak, prognose en behandeling van lijden.

1.1.1 DE DIAGNOSE

De Eerste Nobele Waarheid is de eenvoudige vaststelling ('diagnose') dat lijden nu eenmaal een onvermijdelijk onderdeel is van ons bestaan: 'Er is lijden.' Denk alleen maar aan de universele verschijnselen van ziekte, ouderdom en dood. En daarnaast bestaan er natuurlijk veel vormen van onvermijdelijk leed, zoals het niet kunnen krijgen wat we graag willen hebben, het geconfronteerd worden met ongewenste situaties of het juist moeten scheiden van wat ons dierbaar is, het ervaren van onprettige emoties en gedachten, enzovoort. Het valt vaak niet mee om mens te zijn; de Eerste Nobele Waarheid richt zich op deze kwetsbaarheid, die onlosmakelijk verbonden is met ons leven. Het woord voor lijden in oude boeddhistische teksten in het

Pali is 'dukkha', dat werd gebruikt om te beschrijven hoe een wiel stroef draait wanneer de as niet centraal staat. Het staat voor een basaal gevoel van onvrede: het leven loopt ongemakkelijk, er is *dis-ease* (Mikulas, 2007).

In het verhaal van Siddhartha Gautama wordt verteld hoe hij als prins opgroeide in het luxueuze paleis van zijn vader, die hem wilde beschermen tegen alle kwade invloeden van de wereld daarbuiten. Toch kon Siddhartha de verleiding niet weerstaan om zich heimelijk buiten de paleismuren te begeven. Voor het eerst maakte hij kennis met ziekte, ouderdom en sterven. Hij was zo bewogen door deze ontmoetingen met menselijk lijden dat hij zijn luxe leven opgaf om een methode te vinden om het lijden te verlichten. Hij begon zijn zoektocht vanuit een houding van mededogen en zorgzame betrokkenheid bij het menselijk bestaan in al zijn onbeheersbaarheid en onvoorspelbaarheid. Maar net zoals wijzelf vanuit zeer basale stressreacties in het begin geneigd zijn om te proberen pijn en lijden met man en macht te bestrijden, zo vocht de jonge prins aanvankelijk als dolende asceet op allerlei manieren tegen het lijden. Zo heeft hij ongeveer zes jaar allerlei streng ascetische oefeningen gevolgd, totdat hij besefte dat hij niet hoefde te strijden tegen het lijden maar een weg naar vrijheid kon vinden bij het menselijke lijden. Zo ontdekte hij een innerlijke houding waarbij hij pijn en lijden niet hoefde te verdringen, maar er ook niet in hoefde te verdrinken. Met deze grondhouding van erkenning en een niet-oordelend gewaarzijn ontdekte Siddhartha een weg naar innerlijke vrijheid.

De moderne westerse ambitie, die daar wel de tegenhanger van lijkt, luidt: 'Lijden is vermijdbaar.' Of positief geformuleerd: 'Gezondheid is maakbaar.' Niet zozeer een accepterende, maar veeleer een strijdbare houding ten opzichte van lijden voert in onze cultuur de boventoon. De diagnose moet zo specifiek mogelijk worden gesteld, zodat de *cure* (genezing of oplossing) voor ons lijden gevonden kan worden. De westerse gezondheid lijkt zodanig beheerst door het zoeken naar de beste *cure* dat er steeds minder ruimte voor *care* (liefdevolle zorg) overblijft, ook wanneer *cure* incompleet of onmogelijk blijkt te zijn.

Nu lijkt het heel legitiem om te zeggen dat het de Boeddha te doen was om het 'normale' existentiële lijden, dat nu eenmaal bij het men-

selijk bestaan hoort, en dat de westerse geneeskunde en klinische psychologie zich vooral richten op 'abnormaal' pathologisch lijden, dat voor wat betreft de specifieke vormen niet vanzelfsprekend bij het menselijk bestaan hoort. Het lijkt terecht dat we existentieel lijden met een meer accepterende houding bejegenen en pathologisch lijden juist strijdvaardiger tegemoet treden. Bij existentieel lijden is *care* op zijn plaats, bij pathologisch lijden behoren we te blijven zoeken naar een *cure*. Beide benaderingen hebben dan ook bestaansrecht, zeker wanneer existentieel en pathologisch lijden duidelijk van elkaar onderscheiden kunnen worden. Er ontstaat echter een probleem wanneer existentieel lijden als abnormaal wordt beschouwd en met dezelfde middelen bestreden wordt als pathologisch lijden. Veel emotionele pijn valt binnen het normale, bijvoorbeeld angst voor situaties die je eerder als heel bedreigend hebt ervaren, boosheid omdat je collega voor hetzelfde werk meer waardering krijgt dan jij, of verdriet om het verlies van een geliefd persoon. En als we emotionele pijn gaan vermijden of bestrijden, wordt het lijden vaak alleen maar groter. Als we blijven volharden in onze afwerende houding, kan het lijden uiteindelijk een dusdanige omvang aannemen dat we misschien wel terecht gaan spreken van pathologisch lijden. Dit lijden had echter kunnen worden voorkomen door een meer accepterende houding ten aanzien van normale emotionele pijn.

De meeste psychische stoornissen liggen op een continuüm met normale ervaringen en het onderscheid tussen normaal en abnormaal wordt willekeurig bepaald – vaak door de persoon zelf, omdat de lijdensdruk niet langer draaglijk is, en soms door anderen, omdat de overlast of zorgen te groot worden. Onderzoekers gebruiken vaak vragenlijsten om het onderscheid tussen normaal en abnormaal te bepalen en kiezen een willekeurig afkappunt. Aan de ene kant van het afkappunt is er sprake van een stoornis, aan de andere kant van normaliteit. Bij elke nieuwe editie van het diagnostische classificatiesysteem DSM (American Psychiatric Association, 2000, 2013), dat in de psychiatrie veel gebruikt wordt, komt er weer een aantal stoornissen bij, vooral in het milde spectrum (Frances, 2009). We voldoen algauw aan de criteria voor een angststoornis, een depressieve stoornis, een eetstoornis, problematisch middelengebruik of een aandachtstekortstoornis, en al helemaal aan die van een aanpassingsstoornis,

waarbij we aanhoudende klachten of hinderlijke gedragingen vertonen als reactie op een stressvolle gebeurtenis. Een identiteitsprobleem of persoonlijkheidsstoornis hebben we ook algauw. Steeds meer normaal lijden lijkt als pathologisch te worden beschouwd. Verschillende auteurs hebben gewezen op 'de depressie-epidemie', als een eigentijds verschijnsel waarbij normaal verdriet tot pathologische depressie wordt bestempeld, waarvoor in ruime mate antidepressiva worden voorgeschreven (Dehue, 2008; Healy, 1997; Horwitz & Wakefield, 2007). Dat existentieel lijden een normaal onderdeel is van ons menselijk bestaan, lijkt een moeilijk aanvaardbaar gegeven in de moderne westerse gezondheidszorg.

1.1.2 DE OORZAAK

De Tweede Nobele Waarheid constateert dat er een oorzaak van het lijden is. Het gaat dan om drie fenomenen die in het boeddhisme wel de 'drie vergiften' worden genoemd. Het zijn begeerte, afkeer en begoocheling (ook wel: waan, onwetendheid). Wanneer we beheerst worden door begeerte naar ervaringen die nu eenmaal vergankelijk zijn, dan genereert dat lijden. Wanneer we beheerst worden door afkeer van pijn of onaangename ervaringen die onvermijdelijk zijn, dan voegt dat alleen maar lijden toe. Wanneer een helder zicht op de werkelijkheid niet mogelijk is omdat we verblind zijn door (voor)oordelen en vaste overtuigingen, dan kunnen dat belangrijke bronnen van lijden zijn. Het gaat hier om verschijnselen die hier en nu in ons innerlijk onderzocht kunnen worden door zorgvuldig zelfonderzoek, dat formeel wordt beoefend bij meditatie. Wanneer deze oorzaken onbewust blijven, conditioneren zij voortdurend ons doen en laten, en houden zij ons gevangen in ons lijden. Wanneer we onszelf regelmatig oefenen in het onderzoeken van ons innerlijk, leren we uit eigen ervaring welke processen het lijden versterken en welke het lijden verlichten. Het voordeel van deze methode van *inner science* is dat we zelf de expert zijn, want niemand is in een betere positie om dit innerlijk onderzoek te doen dan wijzelf. Het nadeel is dat we geen oorzaken kunnen ontdekken die aan ons zicht onttrokken blijven, ook al zien we nog zo scherp met ons innerlijke oog.

De westerse ambitie, die de tegenhanger lijkt van deze Tweede Nobele Waarheid, is een streven de oorzakelijke factoren van lijden te

imperfecties in ons leven. Met deze benadering sluiten we als het ware vriendschap met onszelf en met het leven zoals we dit ervaren. We zoeken naar heling in plaats van naar genezing. Deze tweede benadering zorgt mogelijk voor een minder laag zelfbeeld en als een wonderlijke paradox blijkt deze benadering minstens zo verruimend en verlichtend te zijn als de eerste, meer idealistische benadering. De boeddhistische weg kun je beschouwen als passend in de tweede benaderingswijze.

De moderne westerse ambitie lijkt meer gericht op specifieke onderdelen van ons leven en streeft naar steeds betere beheersing van het lijden, door middel van bij voorkeur evidence-based behandelmethoden. Een belangrijk kenmerk van evidence-based werken is dat de toegepaste behandelmethoden in onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek effectief zijn gebleken, volgens de hoogst mogelijke graad van bewijsvoering (Sackett e.a., 2000). Er is een hiërarchie in de bewijsvoering aangebracht. Het hoogst in de hiërarchie staan de methoden die zich meerdere malen bewezen hebben in gecontroleerd onderzoek, waarbij de groep patiënten die de betreffende behandeling krijgt, wordt vergeleken met een controlegroep. Deze controlegroep krijgt ofwel een gangbare behandeling, een placebo of staat op de wachtlijst voor behandeling. De verdeling over beide groepen vindt bij voorkeur *at random* (dat wil zeggen: willekeurig) plaats. Eigen keuze en voorkeur van patiënt en behandelaar worden zo veel mogelijk uitgeschakeld omdat deze de bewijskracht alleen maar aantasten. Subjectief zelfonderzoek staat dan ook onderaan in de hiërarchie van bewijsvoering, en niet veel hoger staan gevalsbeschrijvingen uit de klinische praktijk. Het is duidelijk dat in deze benadering verlichting van lijden uitstekend buiten ons bewustzijn en onze verantwoordelijkheid om kan plaatsvinden en *outer science* superieur is aan *inner science*. De behandeling richt zich bij voorkeur op specifieke oorzaken binnen bepaalde facetten van ons bestaan en houdt zich minder bezig met ons leven als geheel. Omdat de pathologische processen zo complex zijn dat leken ze niet goed kunnen begrijpen, worden we geacht de keuze voor de juiste behandeling over te laten aan deskundigen.

We zouden kunnen zeggen dat de Vier Nobele Waarheden een houding van *care* bevorderen, terwijl de 'Vier Nobele Ambities' meer kans geven op het vinden van een *cure*. Maar wat als het laatste niet lukt? Dan hebben we niets te verliezen bij *care*. En als er toch een *cure* blijkt

te zijn, dan zal een houding van *care* ons nog steeds goeddoen en de *cure* alleen maar ondersteunen.