

---

# COMPASSIETRAINING IN DE GGZ

**Erik van den Brink en Frits Koster**

*Dit artikel is een bewerking van het hoofdstuk 'Compassie' van dezelfde auteurs, met vriendelijke toestemming overgenomen en aangepast uit Handboek positieve psychologie: theorie, onderzoek & toepassingen, te verschijnen najaar 2013 bij Uitgeverij Boom, Amsterdam, onder redactie van Ernst Bohlmeijer, Linda Bolier, Gerben Westerhof en Jan Walburg.*

Onder compassie of mededogen verstaan we het vermogen om ons betrokken te voelen bij pijn en lijden - zowel van onszelf als van anderen. Het gaat gepaard met de wens en de motivatie deze pijn en dit lijden te verlichten. Het heeft een ontvankelijke kant: oog in oog staan met het leed dat er nu eenmaal is, met de moed om ons hart daarvoor te openen en het geduld om dit te verdragen. Daarnaast heeft het een actieve kant: de verantwoordelijkheid nemen om het leed waar mogelijk te verzachten, langs de minst schadelijke en meest heilzame weg. Compassie is geen luxe behoefte maar veelmeer een basisvoorwaarde voor ons leven en overleven, daarover zijn geestelijke leiders als de huidige dalai lama en hedendaagse evolutiedeskundigen het eens. Armstrong (2011) betoogt dat compassie de kernwaarde is van alle grote religies en wijsheidstradities. Bij compassie wordt vaak allereerst gedacht aan het begaan zijn met het lijden van de ander. Het is beschreven dat hulpverleners, die zich daar te eenzijdig mee bezig houden, 'compassiemoeheid' kunnen ontwikkelen (Figley, 2002). Veelal ontbreekt het hen dan aan 'zelfcompassie' - in onze cultuur een nog relatief nieuw begrip. Tegenwoordig wordt benadrukt dat compassie, ook al wordt zij opgewekt door lijden, gepaard gaat met toegenomen welzijn wanneer zij ook zelfcompassie includeert, en dat de term 'compassiemoeheid' beter vervangen kan worden door 'empathiemoeheid' (Siegel & Germer, 2012). Niet alleen hulpverleners, ook ggz-cliënten en vele anderen lijken moeite te hebben met een compassievolle houding naar zichzelf. In een prestatiegerichte, competitieve maatschappij gunnen we ons al gauw geen tijd voor zelfcompassie en wordt het als zwakte gezien. Het gaat echter bij (zelf)compassie - anders dan bij (zelf)medelijden - om een ruimhartige, belangeloze houding ten opzichte van lijden, vanuit een besef van medemenselijkheid. Zelfcompassie en compassie voor anderen zijn elkaar versterkende kwaliteiten en de ggz lijkt bij uitstek een terrein waar deze beoefend mogen worden, zowel door hulpverleners als door patiënten zelf. Inmiddels wordt dat in toenemende mate ondersteund door empirisch onderzoek (zie verderop).

De auteurs beschrijven in dit artikel een theoretisch kader en een oefenprogramma gericht op het ontwikkelen van (zelf)compassie, aangeduid met 'compassietraining' of *Mindfulness-Based Compassionate Living* (MBCL) (Van den Brink & Koster, 2012). Zij ontwikkelden dit programma in de ggz voor cliënten die al ervaring hebben met mindfulnessbeoefening en bij voorkeur een training hebben gevolgd in *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR; Kabat-Zinn, 2005) of *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT; Segal e.a., 2004). Inmiddels wordt de training ook aan hulpverleners in de ggz gegeven. Qua structuur lijkt MBCL op MBSR en MBCT.

Het gaat eveneens om acht wekelijkse sessies van 2½ uur en van deelnemers wordt gevraagd dat zij een uur per dag thuis oefenen met behulp van cursusmateriaal en audio-cd's. De inhoud van MBCL bestaat uit een wetenschappelijk gefundeerde keuze van oefeningen en psychoeducatieve hulpmiddelen die stapsgewijs worden aangeboden. Een deel daarvan werd al eerder toegepast in individueel psychotherapeutisch werk, zoals beschreven door Gilbert (2009a, 2010) en Germer (2009, 2012).

### **Een evolutionair perspectief als theoretisch kader**

Het vermogen tot compassie is bij ieder mens in aanleg aanwezig en heeft diepe wortels in de evolutiegeschiedenis. Hoe kwetsbaarder en minder talrijk de nakomelingen, hoe belangrijker het is voor de overleving van de soort dat individuen voor elkaar zorgen. Bij zoogdieren evolueerde het brein tot een orgaan dat zeer gevoelig is geworden voor het ontvangen en het geven van de juiste zorg.

### **Het gelaagde brein**

Het menselijk brein bestaat uit oudere en nieuwere lagen, die corresponderen met fasen in de evolutiegeschiedenis die veel ouder zijn dan het menselijk bestaan (MacLean, 1990; Hanson, 2009; Appelo, 2011). De evolutie heeft verschillende reactiemogelijkheden in ons achtergelaten om ons aan te passen aan onze omgeving: de onbewuste automatische reflexen van het reptielenbrein (de hersenstam) en de emotionele reacties van het oude zoogdierenbrein (het limbisch systeem) - samen kortweg 'oude brein' genoemd - en de bewust gemotiveerde en beredeneerde keuzes van de neocortex of het 'nieuwe brein'. Hoe complexer de samenlevingsvormen worden, hoe hoger de eisen die gesteld worden aan onderlinge communicatie en het vermogen elkaar aan te voelen en te begrijpen. Een groot deel van het menselijke nieuwe brein evolueerde ten behoeve van sociaal gedrag. Reacties verlopen snel via het oude brein (de korte route) en langzaam via het nieuwe brein (de lange route). Hoe meer nieuwe-brein-reflectie, hoe bewuster de reacties verlopen, en hoe meer mogelijkheden om nieuw gedrag aan te leren. Bewuste keuzes kunnen tegen het oude brein ingaan. Toch kunnen ook nieuwe-brein-processen, wanneer ze door oude-brein-instincten aangedreven worden, grotendeels automatisch en onbewust verlopen. Al halverwege de vorige eeuw werd vastgesteld: *neurons that fire together, wire together* (Hebb, 1949). Naarmate bepaalde wisselwerkingen tussen oude en nieuwe brein dieper inslijten, ontstaan vastere patronen of gewoonten, die steeds duidelijker sporen achterlaten in neurale netwerken.

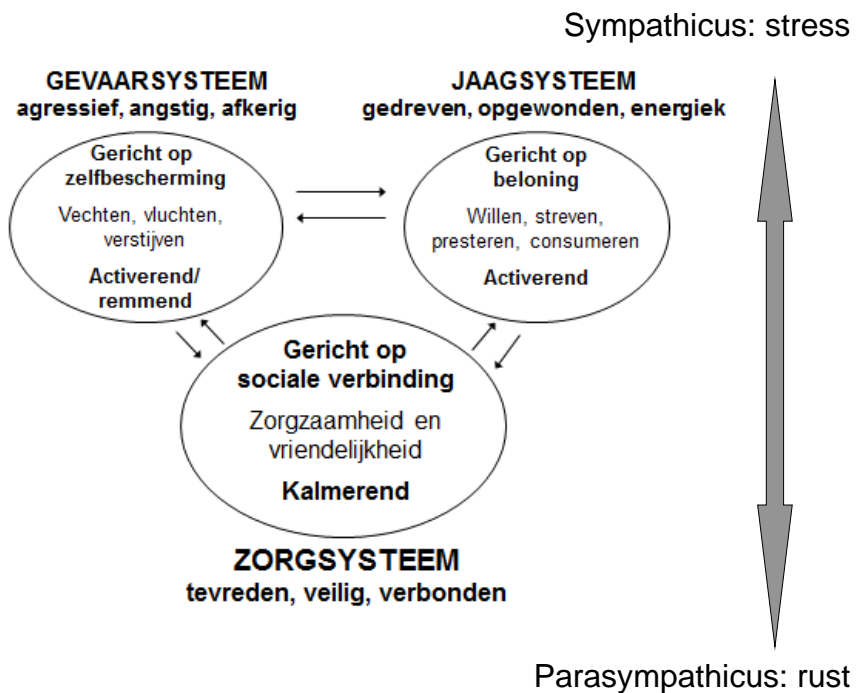
De communicatie tussen oude en nieuwe brein is verre van harmonieus en kan ons veel ongemak bezorgen (Gilbert, 2009a). Er is een hoeveelheid primair lijden in ons bestaan dat nu eenmaal onvermijdelijk is. Helaas wordt veel secundair lijden gegenereerd door onze vaak onbewuste reacties op dit primaire lijden. Het vermogen om bewust deze processen op te merken en daarmee automatische reacties te doorbreken, blijkt verbonden met het jongste deel van het nieuwe brein, dat ook wel de *mindful brain* wordt genoemd en dat potenter wordt naarmate het meer geoefend wordt (Siegel, 2007). Eeuwenoude boeddhistische psychologie en moderne westerse neurowetenschappen lijken elkaar hier te ontmoeten (Hanson, 2009). Oefening in opmerkzaamheid van onze ervaring van moment tot moment opent de weg naar inzicht in heilzame en leedvolle reacties. Daarmee ontstaan meer keuze- en responsmogelijkheden en kunnen we ons bevrijden van onnodig secundair lijden. Gilbert (2009a) benadrukt dat ons brein niet perfect is. Het ontwerp van ons brein is niet onze keuze, en dus niet onze fout. We hebben niet gekozen voor ons lichaam met zijn genetische en evolutionaire erfenis, noch voor het gezin, het land en de cultuur waarin we zijn opgegroeid, noch voor talloze conditioneringen die ons gevormd hebben.

Compassie is een bewuste respons op het besef dat we allen in een kwetsbaar bestaan geworpen zijn, dat vroeg of laat getroffen wordt door trauma, verlies, ziekte, ouderdom en uiteindelijk de dood. Daarnaast kan inzicht in onze emotieregulatie de motivatie sterken om compassie daadwerkelijk te beoefenen.

### Drie emotieregulatiesystemen

Alle emoties, of ze nu aangenaam of onaangenaam voelen, zijn evolutionair gezien nuttige boodschappers die ons informeren of we ons in de juiste richting bewegen van overleving. Bij *Compassion Focused Therapy* wordt gebruik gemaakt van een model van drie basale emotieregulatiesystemen (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Gilbert, 2005, 2009a, 2010). Ze zijn diep geworteld in het oude brein en hebben grote invloed op onze motivatie. Er is intensief verkeer tussen deze oude systemen en nieuwe-brein-processen.

Figuur: Drie emotieregulatiesystemen (naar Gilbert, 2009)



Met toestemming overgenomen uit *Compassievol leven* van Erik van den Brink & Frits Koster, Boom: Amsterdam, 2012

Het *gevaarsysteem* is actief bij dreiging en is gericht op zelfbescherming. De emoties zijn onaangenaam (angst, agressie, afkeer) en het gedrag kenmerkt zich door de stressreacties vechten, vluchten of verstijven (*fight, flight and freeze*). Later is bij zoogdieren ook een vierde stressreactie beschreven: tend and befriend (Taylor, 2006). Deze is erop gericht dat er bij dreigend gevaar wordt omgezien naar en steun wordt gezocht bij soortgenoten. Het is een onjuiste interpretatie van Darwin's theorie dat het recht van de sterksten een natuurwet zou zijn (De Waal, 2009). *Survival of the fittest* betekent juist dat de 'best aangepasten' de grootste overlevingskans hebben. En dat zijn in het geval van zoogdieren - de menselijke soort wel in het bijzonder - niet zozeer de fysiek sterksten maar degenen die in staat zijn het beste voor elkaar zorgen.

Een tweede emotiereguleringsysteem is het *jaagsysteem*, dat actief wordt wanneer een beloning begeerd wordt. Het kan daarbij gaan om voedsel, seks, materieel bezit of immateriële beloningen als succes, waardering en status. Het gedrag is actief en draait om streven, presteren en consumeren. De emoties zijn overwegend aangenaam met opwinding en vitaliteit bij het jagen en kortstondig genot en plezier wanneer het begeerde verkregen wordt. Het bekrachtigende effect van de beloning werkt veel sterker dan de frustratie van een mislukte jacht en zodra een mogelijke prooi in het vizier komt wordt het jaagsysteem opnieuw geactiveerd. Bij zowel het gevaar- als het jaagsysteem is het stressniveau hoog en domineert de sympathicus, zich uitend in een versnelde ademhaling en hartslag, een verhoogde bloeddruk en meer doorbloeding van de willekeurige spieren. Het lichaam is in staat van paraatheid en de aandacht is gefocust op wat dreigt of wat begeerd wordt.

Het *zorg- en kalmeringssysteem* ten slotte krijgt ruimte wanneer het gevaar- en het jaagsysteem tot rust zijn gekomen en ontspanning toegelaten kan worden. Dit systeem is gericht op geborgenheid en vredig samenzijn, met zichzelf en elkaar. Gilbert introduceert hier het woord 'safeness', ter onderscheiding van de 'safety' waarop het gevaarsysteem zich richt. Net als bij het jaagsysteem zijn de emoties aangenaam, met als verschil dat hier een langer aanhoudende behaaglijke grondstemming heerst die wordt gekenmerkt door gevoelens van warmte, tevredenheid en verbondenheid, waarbij oxytocine en endorfines een rol lijken te spelen. In deze toestand overheerst de parasympathicus: de ademhaling en hartslag vertragen, de bloeddruk zakt en de spieren ontspannen. Het lichaam is in een toestand van kalmte en het voedsel kan worden verteerd (*rest and digest*). Er is tijd voor herstel en groei. Omdat de aandacht niet gefocust hoeft te zijn op wat dreigt of wat mist, kan het aandachtsveld verbreden en is er ruimte voor speelsheid en creativiteit.

De drie systemen kunnen elkaar snel afwisselen. Ze zijn alle drie onmisbaar om in wisselende omstandigheden te kunnen overleven. De meeste zoogdiersoorten geven zich zodra het maar even kan over aan het zorg- en kalmeringssysteem. Door niet langer dan nodig in de energievretende gevaar- en jaagsystemen te verkeren, wordt uitputting voorkomen. Bij de moderne mens ligt dat anders: in de hectiek van ons drukke bestaan maken het gevaar- en het jaagsysteem vaak onnodig veel overuren. Door een overvloed aan interne en externe prikkels en het rijke voorstellingsvermogen van ons nieuwe brein zijn wij - meer dan welke diersoort ook - in staat overal gevaren en tekorten te zien, ook wanneer aan onze basisbehoeften is voldaan. Bij voortdurende overactiviteit van het gevaar- en/of jaagsysteem en onderactiviteit van het zorgsysteem staan we bloot aan chronische stress en krijgen we vroeg of laat gezondheidsproblemen.

Vanuit de wisselwerking van de basale emotiereguleringsystemen van het oude brein met nieuwe-brein-processen ontstaan complexere patronen en gewoonten. We kunnen met Gilbert (2009a, 2010) ook spreken van sociale mentaliteiten of van modi. Zo verkeren we in een *gevaarmodus* wanneer zelfbescherming het overheersende thema is. Het voortdurend gefocust zijn op mogelijke dreiging beïnvloedt wat onze aandacht trekt, welke voorstellingen we ons maken van onszelf en anderen, hoe we ons verleden en onze toekomst zien, hoe we denken en redeneren, hoe we ons voelen, wat ons motiveert en hoe we ons gedragen. Op dezelfde wijze kan een *jaag- of competitiemodus* ontstaan wanneer de jacht op begerenswaardige zaken, zelfwaardering en rivaliteit ons leven beheersen. De bijbehorende emoties en fysieke verschijnselen worden even gemakkelijk door reële situaties opgeroepen als door ons voorstellingsvermogen.

Mindfulness en compassiegerichte oefeningen kunnen bijdragen aan een gezonder evenwicht. Opmerksaamheid kan voorkomen dat het gevaar- of het jaagsysteem onnodig gaan overheersen. Compassieoefeningen kunnen een onderontwikkeld zorg- en kalmeringssysteem versterken en een compassionele mentaliteit of *compassiemodus* tot bloei laten komen. Ons brein is bij uitstek een orgaan dat verandert door ervaring en heeft een enorme plasticiteit (Davidson, 2012). Ook al verdwijnen eenmaal aangeleerde gewoonten of patronen niet zomaar, ook niet als ze inmiddels tegen ons werken, we kunnen wel nieuwe, gezondere patronen aanleren, die naarmate ze meer geoefend worden gemakkelijker geactiveerd worden (Brewin, 2006).

### **Psychologische stressreacties en zelfcompassie**

Neff (2003a, 2003b) beschrijft op grond van haar onderzoek hoe de stressreacties *fight*, *flight* en *freeze*, die van grote overlevingswaarde kunnen zijn bij fysieke dreiging, ook hun psychologische equivalenten kennen, die ons juist veel last kunnen bezorgen. Ook wanneer we ons van binnenuit bedreigd voelen door een onaangename gedachte of pijnlijke emotie, vallen we gemakkelijk terug in de 'fabrieksstand' van het gevaarsysteem. We kunnen op deze psychologische dreiging vergelijkbaar reageren als op een fysieke dreiging.

*Fight* krijgt dan de vorm van *zelfkritiek*. We vechten tegen het onacceptabele deel van onszelf door het te bekritisieren en te veroordelen. Dit kan uitgroeien tot zelfhaat. *Flight* vertaalt zich in *zelfisolatie*. We vluchten voor het deel in onszelf dat we als bedreigend ervaren of vluchten uit het contact met anderen. We vermijden de ervaring van nare gedachten of emotionele pijn en houden het onacceptabele deel verborgen voor onszelf en voor anderen. Dit vluchten kan zich uitbreiden en resulteren in allerlei ongezond uitstel- en vermijdingsgedrag. *Freeze* vertaalt zich ten slotte als *zelfabsorptie* of *over-identificatie*. We zoeken houvast in onze denkbeelden en overtuigingen over onszelf, anderen en de wereld om ons heen, omdat we menen dat dit ons zekerheid geeft in een onzeker bestaan. We verstijven in onze manieren van denken en reageren en raken er steeds meer in gevangen. Deze nieuwe-brein-vertalingen van *fight*, *flight* en *freeze*, als reacties op psychologische dreiging kunnen vergelijkbare stressverschijnselen in het lichaam teweegbrengen als de reacties op fysieke dreiging. Het oude brein en het lichaam maken geen onderscheid tussen de aard van de dreiging, of deze nu van buitenaf komt of van binnenuit.

Neff (2003b; 2011) beschrijft drie bestanddelen van zelfcompassie die een antidotum vormen tegen deze drie psychologische reacties. De medicijn tegen zelfkritiek is *self-kindness*, een vriendelijke bejegening van onze emotionele pijn en kwetsbaarheid. Zelfisolatie wordt verzacht door een besef van *common humanity*. We zijn niet de enigen met pijn en kwetsbaarheid en lijden is onderdeel van de menselijke conditie. En *mindfulness* kan ons bevrijden van over-identificatie en zelfabsorptie: open aandacht voor onze emotionele pijn en de reacties daarop kan rigide overtuigingen doen ontgooien en onze vereenzelving daarmee doen oplossen.

Het zou eenzijdig zijn, en niet compassievol, wanneer we ons bij compassietraining alleen maar bezig hielden met lijden en de min-kant van de welzijnsthermometer. De beoefening van mededogen gaat hand in hand met betrokkenheid bij de plus-kant van de welzijnsthermometer en de bevordering van geluk door beoefening van *medevreugde* en *liefdevolle vriendelijkheid*. De boeddhistische psychologie onderscheidt nog een vierde kwaliteit: *gelijkmoedigheid*. Deze vier kwaliteiten worden 'Onbegrensdheden' genoemd, omdat ze de begrenzing van het ego overstijgen, onbegrensd beoefend kunnen worden en niemand van de beoefening uitsluiten (De Wit, 2008).

De waarde van deze kwaliteiten, die elkaar versterken en in evenwicht houden, is ook in een psychotherapeutische context beschreven (Bien, 2008). In het MBCL-programma spreken we van 'De Vier Levensvrienden'. Ons brein lijkt - zeker in de oudste lagen - niet in de eerste plaats ontworpen voor welzijn en geluk. Het is immers voor onze overleving veel belangrijker dat we gevaar herkennen en vermijden dan dat we ons prettig voelen. Ons geheugen onthoudt gevaarlijke situaties onmiddellijk, zodat we de volgende keer meer kans hebben eraan te ontsnappen. Hanson (2009) gebruikt wel de beeldspraak dat het geheugen klittenband is voor negatieve gebeurtenissen en een teflon laag heeft voor positieve input. Stel bijvoorbeeld dat een leidinggevende ons complimenteert met een hele lijst van verdiensten en ons vriendelijk attent maakt op één puntje dat voor verbetering vatbaar is. We zouden dan toch vooral dat laatste onthouden. En als we dan denken: *Zie je wel, hij vertrouwt me niet en gaat vast over me klagen bij de directie. Het zal wel niet lang meer duren voor ik ontslagen word*, dan worden we geplaagd door een 'innerlijke pestkop' en voelen we de fysieke en emotionele reacties van het gevaarsysteem. We kunnen ook denken: *Fijn dat hij zo tevreden over me is. Dat ene puntje is best nuttige feedback, daar kan ik op letten. Niemand is natuurlijk perfect en ik mag best een foutje maken, anders viel er ook niets meer te leren*. Dan worden we bijgestaan door een 'innerlijke helper' en voelen we de kalmerende werking van het zorgsysteem. Bij cognitieve therapie werd aanvankelijk vooral geleerd de gedachten op inhoudsniveau te veranderen. Een belangrijke ontdekking voor Gilbert (2010) was dat zijn patiënten bij cognitieve therapie wel de juiste helpende gedachten leerden formuleren maar daarmee zich nog niet beter *voelden*. Daarom kwam de aandacht bij *Compassion Focused Therapy* veel meer te liggen op oefeningen die patiënten leren zichzelf met de juiste kalmerende toon en emotionele warmte te bejegenen.

In het MBCL-programma krijgt het bevorderen van welzijn ruimte middels de beoefening van mildheidmeditatie (zie ...) en het bewust 'fijnproeven' van aangename ervaringen. Germer (2009) noemt dit *savoring* en Hanson (2009) *taking in the good*. Door veelvuldig en opmerkzaam stil te staan bij wat ons vervult met vreugde en dankbaarheid leren we ons brein ontvankelijker te worden voor het ervaren van welzijn en geluk.

### **Werken met het voorstellingsvermogen**

We kunnen dankzij ons voorstellingsvermogen enorm veel gedaan krijgen maar (onbewust) ook veel onnodig leed creëren, zowel in de buitenwereld als in onze binnenwereld. Het menselijk voorstellingsvermogen is in staat een wereld te scheppen die meedogenloos wreed of grenzeloos compassievol kan zijn. Het vermogen om overal 'plaatjes' van te maken, van onszelf, anderen en de wereld om ons heen, is vanuit evolutionair perspectief nuttig. Omdat het voor onze overleving noodzakelijk is om sociaal geaccepteerd te zijn, is het belangrijk dat we een voorstelling kunnen maken van het beeld dat anderen van ons hebben en wat we moeten doen om dat een gunstig beeld te laten zijn. In het tijdperk dat we in stammen leefden, die elkaar naar het leven stonden, was het onderscheid tussen de eigen groep en de vijandige groep heel belangrijk. Siegel (2010) beschrijft hoe ons brein ons in staat stelt een heel fotoalbum aan te leggen met 'ik'-plaatjes, 'jij'-plaatjes, 'wij'-plaatjes en 'zij'-plaatjes. Mindlessness belemmert ons te zien dat het slechts om voorstellingen gaat, waardoor we de plaatjes voor feiten aannemen. In de Acceptance and Commitment Therapie wordt dat *fusie* (over-identificatie) genoemd (Hayes e.a., 1999). *Mindfulness* leert ons om te zien dat het om plaatjes gaat, producten van onze geest, die tijdelijk houvast kunnen bieden, maar waar we ons ook weer van kunnen onthechten (*defusie* of de-identificatie).

Zijn we ervan overtuigd dat vele onacceptabele plaatjes op ons van toepassing zijn, dan ontwikkelen we gemakkelijk een *innerlijke pestkop* (of: kwelgeest, criticus). Ook al voelen we ons daar allerminst prettig bij, evolutionair gezien gaat het om een overlevingsstrategie. We kunnen beter onszelf afkeuren zodat we ons op tijd kunnen aanpassen, voordat we afgekeurd worden door anderen, van wie onze overleving afhankelijk zou kunnen zijn. Velen die moeite hebben met zelfcompassie hebben een sterk ontwikkelde innerlijke pestkop, die gedijt op emoties als schaamte en schuld, de boodschappers die ons informeren dat de acceptatie door anderen gevaar loopt. Deze criticus is verwijtend naar het verleden, afkerig van het heden of wantrouwend naar de toekomst, en gooit telkens olie op het vuur van het gevaarsysteem. Dit kan tot gevolg hebben dat we steeds meer twijfelen aan onszelf, opzien tegen sociale ontmoetingen, angstiger worden om fouten te maken of steeds hogere eisen stellen aan onszelf. We staan dan minder open voor nieuwe ontdekkingen, die juist zo belangrijk zijn voor een gezonde aanpassing aan nieuwe omstandigheden.

In vele psychotherapeutische scholen wordt gewerkt met het voorstellingsvermogen en visualisatie-oefeningen (Singer, 2006). Compassiegerichte oefeningen maken veel gebruik van voorstellingen die het gevaarsysteem kalmeren en, in plaats van een innerlijke pestkop, een *innerlijke helper* voeden. We kunnen ons bijvoorbeeld voorstellen dat we op een veilige plek zijn, dat we bijgestaan worden door een compassionele metgezel of dat we zelf compassie belichamen. Bij deze oefeningen kunnen verschillende stroomrichtingen van compassie verkend worden zodat men ontdekt welke richting speciale beoefening nodig heeft: van ander naar zelf, van zelf naar zelf, of van zelf naar ander. Een innerlijke helper accepteert ons zoals we zijn, inclusief onze kwetsbaarheden en imperfecties, is vergevingsgezind naar het verleden, accepterend naar het heden en bemoedigend naar de toekomst. Wanneer we deze innerlijke houding naar onszelf oefenen is het van belang dat we zowel vertrouwd worden met het gevende aspect als met het ontvangende aspect. Voor mensen met een achtergrond van onveilige hechting kan vooral het ontvangen van vriendelijkheid en compassie in het begin als bedreigend ervaren worden. Belichamen we de compassiemodus dan gaan we niet de strijd aan met minder aangename aspecten van onszelf maar leren we deze met mededogen te aanschouwen zonder ze voeding te geven, of het nu gaat om onaangename gedachten, gevoelens of ongezonde patronen als een innerlijke pestkop.

### **Empirisch onderzoek**

Het verband tussen mindfulness, zelfcompassie en gezondheid Shapiro en Carlson (2009) bepleiten dat de tijd rijp is om de focus bij het mindfulnessonderzoek te verleggen van de reductie van klachten en symptomen naar het cultiveren van heilzame mentale kwaliteiten, zoals wijsheid, compassie en deugdzaamheid. Ten opzichte van de oorspronkelijke betekenis, heeft het concept mindfulness zich steeds meer uitgebreid. De eerste vragenlijsten, die gebruikt werden om mindfulness te onderzoeken, maten vooral het pure aandacht geven. De nieuwere vragenlijsten bestaan uit meerdere componenten, waaronder de accepterende, niet-oordelende houding waarmee men aandacht geeft. Vaak wordt verondersteld dat bij de beoefening van mindfulness de kwaliteit van zelfcompassie 'als vanzelf' mee ontwikkeld wordt. Dat is bijvoorbeeld aangetoond bij professionele hulpverleners en therapeuten in opleiding die een MBSR-cursus volgden (Shapiro e.a., 2005, 2007). Ook werd dat aangetoond bij patiënten met terugkerende depressie die MBCT volgden (Kuyken e.a., 2010). Interessant is dat zelfcompassie een mediator bleek te zijn voor stressreductie bij MBSR en voor verminderde terugkeer van depressie bij MBCT. Zelfcompassie zou dan ook heel goed een centraal mechanisme kunnen zijn in de werkzaamheid van mindfulnessstraining (Baer, 2010).

Het instrument dat het meest wordt gebruikt voor het meten van zelfcompassie is de schaal die ontwikkeld is door Neff (2003a, 2003b). Zij is een pionier in het onderzoek naar zelfcompassie onder relatief gezonde bevolkingsgroepen, veelal studenten. De zelfcompassieschaal bestaat uit drie onderling afhankelijke componenten, waarvan *mindfulness* er een is, naast *self-kindness* en *common humanity*. Het is dus niet verwonderlijk dat de beoefening van *mindfulness* en (zelf)compassie elkaar wederzijds versterken, alleen al omdat de concepten overlappen. Specifieker onderzoek zal moeten aantonen hoe zij zich precies tot elkaar verhouden. Het is waarschijnlijk dat beide een gezondheid bevorderende bijdrage leveren en er is een groeiende hoeveelheid onderzoek dat argumenten aanvoert om de beoefening van zelfcompassie een meer expliciete plaats te geven (voor recente overzichten, zie Barnard & Curry, 2011; Hofmann e.a., 2011; Neff, 2012). Een studie onder ruim vijfhonderd proefpersonen uit de algemene bevolking, die inschreven op een zelfhulpmethode voor angstklachten, liet zien dat zelfcompassie gemeten volgens de schaal van Neff een veel betere voorspeller was voor psychisch welzijn (mate van angst- en depressieve klachten en kwaliteit van leven) dan *mindfulness* gemeten volgens een specifieke schaal (Van Dam e.a., 2011).

Bij relatief gezonde proefpersonen correleerde zelfcompassie positief met psychologische kwaliteiten als geluk, optimisme, wijsheid, nieuwsgierigheid, persoonlijk initiatief, emotionele intelligentie en sociale verbondenheid, en negatief met depressie, angst, piekeren, zelfkritiek, gedachtensuppressie en perfectionisme (Neff e.a., 2007; Heffernan e.a., 2010; Hollis-Walker & Colosimo, 2011). Een compassionele identiteit ging gepaard met meer welzijn en gezondere sociale relaties dan een egocentrische identiteit (Crocker & Canevello, 2008). Zelfcompassie was sterker geassocieerd met welzijn dan zelfwaardering of self-esteem; zelfcompassie leek meer beschermend bij tegenslag en ging samen met een zorgzamer houding, terwijl zelfwaardering meer correleerde met narcisme (Neff, 2008; Neff & Vonk, 2009). Zelfcompassie is geassocieerd met een gezondere coping bij stressvolle omstandigheden, zoals academisch falen (Neff e.a., 2005; Neely e.a., 2009), traumatische gebeurtenissen (Thompson & Waltz, 2008), gevolgen van kindermishandeling (Vetesse e.a., 2011), scheiding (Sbarra e.a., 2012) en chronische pijn (Costa & Pinto-Gouveia, 2011). Individuen die compassievol zijn naar zichzelf bleken gezonder te functioneren in relaties (Neff & Beretvas, 2012) en rapporteerden meer empathie, altruïsme, begrip, en vergevingsgezindheid (Neff & Pommier, 2012). Zelfcompassie ging samen met minder vermijding van pijnlijke emoties en onaangename gedachten en het schrijven van compassionele brieven aan zichzelf bleek te helpen om met negatieve levensgebeurtenissen om te gaan en verminderde depressieve symptomen (Leary e.a., 2007). Zelfcompassie lijkt een natuurlijke remedie te zijn tegen experiëntiële vermijding, een centraal mechanisme bij vele vormen van ongezond psychisch functioneren.

### ***Gecontroleerd onderzoek bij niet-klinische populaties***

*Bij niet-klinische populaties is een aantal gecontroleerde studies gedaan naar het effect van de beoefening van liefdevolle vriendelijkheid (traditioneel metta genoemd, en vergelijkbaar met wat we in dit hoofdstuk 'mildheidmeditatie' noemen). In vergelijking met een neutrale oefening, verhoogde een korte liefdevolle vriendelijkheidsoefening gevoelens van sociale verbondenheid en betrokkenheid bij vreemden (Hutcherson e.a., 2008). Een andere studie onderzocht de beoefening van liefdevolle vriendelijkheidsmeditatie door werknemers van een softwarebedrijf (zeven wekelijkse sessies van een uur en thuisbeoefening met cd's met oefeningen die gericht waren op zichzelf en anderen).*



Vergeleken met de controlegroep, bleek dat er een positieve invloed was op maten voor positieve emoties, mindfulness, beleving van zin, toekomst en sociale steun, terwijl er een afname werd gezien van depressieve symptomen (Fredrickson e.a., 2008). Bij een andere gecontroleerde studie bleek na een compassiemeditatie-trainingsprogramma gedurende zes weken (twee sessies à vijftig minuten per week en thuisbeoefening met cd) een positief effect zichtbaar op immuunfunctie, neuro-endocriene reactie en gedragsrespons bij psychosociale stress, vergelijkbaar met de controlegroep, die een interactief gezondheidsprogramma volgde met evenveel tijdsinvestering (Pace e.a., 2009). Al eerder bleek compassiebeoefening een positieve invloed op een indicator van immuunfunctie (S-IgA) te hebben, terwijl een interventie gericht op regulatie van boosheid daar negatieve invloed op had (Rein e.a., 1995). Ook bleek bij gecontroleerd onderzoek dat een interventie met zelfcompassie hielp bij het vermijden van ongezond voedsel bij vrouwen die zichzelf strenge dieetrestricties opleggen (Adams & Leary, 2007) en bij het verminderen van roken bij proefpersonen die probeerden te stoppen (Kelly e.a., 2010).

Het programma *Mindful Self-Compassion* (MSC) van Neff en Germer (2012) vertoont overlap met het MBCL-programma. Verschillen zijn dat voor toelating tot dit programma geen eerdere ervaring met mindfulness gevraagd wordt en dat deelnemers zichzelf kunnen aanmelden, niet noodzakelijk in verband met gezondheidsproblemen. MSC combineert oefeningen in zelfcompassie en mindfulness in acht wekelijkse sessies van 2 of 2 ½ uur. Het programma werd met een pilotstudie en een eerste RCT geëvalueerd en de resultaten lieten significante verbeteringen zien op schalen voor mindfulness, compassie voor zichzelf en anderen, sociale verbondenheid, levensvoldoening en geluk en een afname van depressie, angst, stress en vermindering van onaangename gedachten en gevoelens.

### **Onderzoek bij klinische populaties**

*Bij patiënten in de ggz is een aantal kleinere, veelal ongecontroleerde studies gedaan, vooral rond *Compassion Focused Therapy* (CFT) en de daarop gebaseerde *Compassionate Mind Training* (CMT) (Gilbert, 2009a, 2010). De beschrijving van de theorie en praktijk van de compassiegerichte benadering bij overmatige zelfkritiek en schaamte (Gilbert & Irons, 2005), depressie (Gilbert 2009b), sociale angst (Henderson, 2011), andere angststoornissen (Welford, 2010; Tirch, 2012), bipolaire stoornissen (Lowens, 2010) en eetstoornissen (Goss, 2011) heeft de opmaat gegeven tot diverse klinische studies, die ongetwijfeld de komende tijd zullen groeien in aantal. Het toepassen van compassionele voorstellingsoefeningen wordt onderbouwd door werk van Gilbert & Irons (2004), Lee (2005), Rockliff e.a. (2008), Brewin e.a. (2009) en Longe e.a. (2010).*

*CMT toegevoegd aan een therapieprogramma voor patiënten in dagbehandeling met chronische psychische klachten, ging gepaard met vermindering van schaamte, zelfkritiek, angst en depressie (Gilbert & Proctor, 2006). CMT bleek ook te helpen bij mensen met hardnekkige psychotische verschijnselen, zoals het horen van stemmen met negatieve inhoud (Mayhew & Gilbert, 2008). CFT had bij opgenomen patiënten van een sterk beveiligde psychiatrische afdeling positieve invloed op de stemming, gevoel van eigenwaarde en beleving van sociale waardering, terwijl psychische ziekteverschijnselen afnamen (Laihtwaite e.a., 2009). In een recente studie had CFT significant positief resultaat bij patiënten met eetstoornissen, bij boulimia meer dan bij anorexia (Gale e.a., 2012). Een eerste RCT van CFT werd uitgevoerd bij schizofrenie patiënten die poliklinisch groeps-CFT kregen. Zij bleken klinisch beter te functioneren dan de controlegroep en een toename van compassie ging gepaard met een afname van depressieve klachten en beleving van sociale uitsluiting (Braehler e.a., 2012).*

Dit sluit aan bij een eerdere pilotstudie die het effect onderzocht van een programma van zes weken liefdevolle vriendelijkheidsmeditatie voor poliklinische patiënten met schizofrenie, waarbij een significante vermindering werd aangetoond van negatieve symptomen en anhedonie (Johnson e.a., 2009).

### **Hersenonderzoek**

De invloed van meditatie en compassiebeoefening op het brein werd onderzocht door Richard Davidson's team. Hersenonderzoek bij ervaren mediterenden (Tibetaanse monniken) toonde aan dat er bij beoefening van compassiemeditatie, in vergelijking met beginners, grote verschillen zijn in breinfunctie op het eeg, met name in gamma-activiteit en neurale synchroniciteit (Lutz e.a., 2004). Op de fMRI-scan bleek beoefening van compassie naar anderen gepaard te gaan met veranderingen in hersengebieden die geassocieerd worden met empathie en emotieregulatie. Ervaren mediterenden waren gemakkelijker in staat liefdevolle gevoelens op te roepen en vertoonden een sterkere respons op geluiden van anderen in nood dan beginners (Lutz e.a., 2008). Maar ook bij onervaren proefpersonen bleek een korte interventie al opmerkelijk resultaat te hebben. Het volgen via internet van een begeleide compassiemeditatie (30 minuten per dag gedurende 14 dagen) bleek tot meer activiteit te leiden in het circuit dat geassocieerd wordt met het genereren van positieve emoties, in vergelijking met de controle groep, die een cognitieve training kreeg van vergelijkbare intensiteit (Davidson, 2012). Meer activiteit in dit circuit bleek in de compassiegroep bovendien te voorspellen dat na afloop van de studie meer geld werd gegeven aan een liefdadig doel.

Het wetenschappelijk onderzoek naar (zelf)compassie staat nog in de kinderschoenen, maar de resultaten tot dusver lijken de uitspraak *train your brain* te onderbouwen. Net als onze fysieke conditie en spierkracht door oefening sterker worden, zo kunnen ook onze mentale conditie en het vermogen van ons brein om compassievol te reageren door oefening groeien. En dat kan weer bijdragen aan een gezonder lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren.

### **Compassietraining in de praktijk**

In de eerste week van de MBCL-training maken deelnemers kennis met de drie emotieregulatiesystemen en in een reflectieoefening gaan zij na welke van de drie in hun leven de meeste oefening heeft gehad. Bij velen blijken het gevaar- en/of het jaagsysteem relatief overmatig ontwikkeld te zijn, en het zorgsysteem onderontwikkeld. Dit inzicht kan motiverend zijn om het zorgsysteem te versterken met behulp van compassiegerichte oefeningen en het werken met het voorstellingsvermogen. Evenals bij de mindfulnesscursus onderscheiden we formele oefeningen, waarvoor  $\frac{3}{4}$  à 1 uur per dag wordt vrijgemaakt, en informele oefeningen, die men verder in het dagelijks leven kan doen. Een verschil met MBSR/MBCT is dat bij MBCL meer keuzevrijheid in het oefenen geboden wordt. We spreken niet van huiswerk maar van oefensuggesties. Dit komt tegemoet aan de diversiteit in de behoeften aan verdieping bij de deelnemers en de verschillende wegen die er zijn om compassie te ontwikkelen. Zo wordt ook geleerd compassievol die oefeningen te kiezen die aansluiten bij wat men nodig heeft. Terugkeer naar bekende oefeningen uit de mindfulnesscursus, zoals de bodyscan, bewegingsoefeningen of zitmeditatie, is altijd mogelijk, met de aanbeveling extra aandacht te geven aan de compassievolle houding daarbij.

Het is gebruikelijk een oefening te beginnen met de uitnodiging zich een *kalmerend ademritme* toe te staan. Terwijl bij mindfulnessstraining aanvankelijk het ademproces eenvoudig wordt opgemerkt zonder het te veranderen, werken we bij compassietraining ook met de ademhaling door deze bewust te verdiepen en te vertragen en tegelijk opmerkzaam te zijn van wat daarbij gebeurt.

Naast het observeren van de bewegingen van de geest (*being with de mind*), bekend van de mindfulnesscursus, wordt in de compassietraining ook geoefend met het bewust laten ontstaan van een bepaalde voorstelling (*working with the mind*). Zo wordt de voorstelling van een *veilige* plek in de eerste week geoefend, waarbij deelnemers zich voorstellen dat een plek (vanuit herinnering of fantasie, of beide) hen warmte en geborgenheid geeft. Het gaat om een plek, waar bij voorkeur geen anderen aanwezig zijn en waar geen enkele dreiging van uitgaat, die hen onvoorwaardelijk verwelkomt, in welke toestand zij ook zijn. In de tweede en derde week komt daarbij de voorstellingsoefening van een *compassionele metgezel*, waarbij een wezen (menselijk of bovenmenselijk, of een dier of natuurwezen) wordt voorgesteld waardoor men zich onvoorwaardelijk geaccepteerd en terzijde gestaan voelt. In de tweede en derde sessie wordt ook kennisgemaakt met de voorstellingsoefeningen *compassievol omgaan met weerstand* (gevaarsysteem) en *compassievol omgaan met verlangen* (jaagsysteem).

Het gaat er niet om dat het 'lukt' om de ideale voorstelling te laten ontstaan of dat een bepaald effect bereikt moet worden. Het gaat er om dat de beoefenaar, zoals bij elke mindfulnessoefening, niet-oordelend observeert wat zich van moment tot moment aandient tijdens de oefening. Het opmerken van de fysieke gewaarwordingen, gevoelens, gedachten, reacties en patronen die zich voordoen, is een belangrijk inzicht gevend aspect van de beoefening. Ook hier oefent men in het opmerken waar de aandacht van moment tot moment is en wanneer men is afgeleid kan de aandacht weer worden teruggeleid naar het aandachtsgebied van keuze: in dit geval de voorstelling van een bepaalde toestand of situatie. Alle zintuiglijke velden mogen daarbij gebruikt en verkend worden. Lang niet iedereen ziet een scherp visueel beeld van een veilige plek of compassionele metgezel. Voor sommigen is de voorstelling levendiger in andere zintuiglijke domeinen: in het horen, ruiken of (aan)voelen. En de voorstelling kan gaandeweg ook weer veranderen. Ook hier oefent men met een *beginner's mind*, elk moment weer.

De hele training is doorgelicht met *oefeningen in liefdevolle vriendelijkheid (metta)* of *mildheidmeditatie*, waarbij men wensen naar zichzelf of anderen laat stromen op het ritme van de adem. Traditioneel worden wel vier basiswensen onderscheiden:

'Moge ik mij veilig (geborgen) voelen.'

'Moge ik (zo) gezond (mogelijk) zijn.'

'Moge ik gelukkig zijn.'

'Moge ik in vrede leven.'

Het 'Moge ik...' (minder formeel: 'Ik gun mijzelf...' of 'Ik wens mijzelf...') kan desgewenst samenvallen met de inademing en het tweede deel van de wens met de uitademing. De traditionele volgorde van beoefening wordt week na week uitgebreid: mildheid naar zichzelf, vervolgens naar een weldoener, een dierbare persoon, een neutrale persoon, een persoon met wie men een moeilijke relatie heeft of een innerlijke kwelgeest, en ten slotte naar groepen en alle wezens. De wensvorm past zich dienovereenkomstig aan: 'Moge jij (u)...' of 'Mogen wij...'. Elke fase in de beoefening kan weer een gebied ontsluiten dat vraagt om zelfcompassie. Een dierbare persoon kan bijvoorbeeld bezorgdheid om diens welzijn opwekken, of een persoon met wie de relatie lastig is, kan gevoelens oproepen van afgunst of wrok. Terugkeer naar zelfcompassie, wanneer het maar nodig is, blijft daarom deel van de beoefening en pas wanneer men er weer ruimte voor voelt kan de beoefening teruggeleid worden naar de ander. Het gaat hierbij niet om het afdwingen dat de wens uitkomt of om het streven naar *good feelings*, maar om *good will*: het cultiveren van een welwillende intentie naar zichzelf en anderen.

Informeel oefeningen keren wekelijks terug op het menu van de oefensuggesties, zoals de *ademruimte met compassie* (een bewerking van de ademruimte uit de MBCT; zie Van den Brink & Koster, 2012) en de *zelfcompassie mantra* bij een moeilijke situatie. De laatste is een eenvoudige korte oefening, ontleend aan Kristin Neff (2011), die men desgewenst kan doen met een hand op het hart, waarin alle drie de componenten van zelfcompassie een plaats hebben:

'Dit is een moment van lijden.' (*mindfulness*)

'Lijden hoort bij het leven (is deel van het mens-zijn).' (*common humanity*)

'Moge ik hier en nu mild zijn voor mijzelf.' (*self-kindness*)

Elke week is er ook een *dagboeksuggestie*. Voorbeelden zijn het dagelijks stilstaan bij een situatie waarbij er sprake is van compassie geven of ontvangen, of wanneer het gevaar- of jaagsysteem actief is, en te noteren wat zich daarbij voordoet aan fysieke sensaties, gevoelens en gedachten.

In de derde sessie worden *innerlijke patronen* (schema's) nader verkend. Er wordt stilgestaan bij de uitingsvormen van de innerlijke pestkop en de functie van de emoties schaamte en schuld. Zoals bij MBCT deelnemers de herkenbaarheid en geloofwaardigheid nagaan van depressie bevorderende gedachten en leren dat gedachten geen feiten zijn (Segal e.a., 2004), zo gaan MBCL-cursisten na in hoeverre zij zich herkennen in een of meer oude onaangepaste schema's uit de schematherapie (Young, 2003; Germer, 2009; Vreeswijk e.a., 2009). Zij leren dat dergelijke patronen inhoudelijk geen feiten zijn maar mentale constructies, die niet bestreden hoeven te worden maar compassievol opgemerkt kunnen worden als overlevingsstrategieën, die ooit misschien nuttig waren, maar nu niet gevolgd hoeven worden. Het geven van een speelse naam aan een oud patroon kan herkenbaarheid en de-identificering bevorderen.

In sessie 4 wordt kennisgemaakt met de oefening de *compassiemodus*. Men stelt zich hierbij voor dat men zelf compassie belichaamt, in al haar kwaliteiten: zorg voor welzijn, gevoeligheid voor noden, sympathie, empathie, tolerantie voor ongemak en een niet-oordelende houding. In sessie 5 wordt gewerkt met de *compassionele brief*, waarbij men vanuit de compassiemodus een brief schrijft aan zichzelf (later kan het ook een ander zijn) in een situatie waarin er sprake is van lijden - fysiek, emotioneel of relationeel. Het gaat hier niet alleen om de juiste woorden, maar ook om de juiste betrokkenheid waarmee men de brief aan zichzelf voorleest (in stilte in de groep of hardop thuis), met de juiste toon en warmte in de stem, de bijbehorende oogopslag, gelaatsuitdrukking en lichaamshouding. In deze fase wordt uitgebreider stilgestaan bij het richten van compassie naar personen met wie de relatie als moeilijk ervaren wordt. Ook wordt de oefening *compassioneel ademen* aangereikt, een bewerking van het traditionele *tonglen*, waarbij men zich voorstelt dat men de pijn van zichzelf of van een ander inademt en innerlijk laat transformeren tot een heilzame kwaliteit die men weer uitademt (voor therapeutisch werk beschreven door Brach, 2004; Gordon, 2008; Germer, 2009). Sommige deelnemers, die zich minder goed kunnen verbinden met de wenszinnen van de mildheidsmeditatie, vinden gemakkelijker aansluiting bij deze oefenvorm. Velen ervaren als kracht van deze beoefening dat zij lijnrecht tegen de logica van het ego ingaat en het besef van *common humanity* versterkt.

De gedeelde menselijke conditie is ook het thema van sessie 6. In deze sessie wordt een oefening in *vergevingsgezindheid* begeleid (om te beginnen naar zichzelf, later kan dat worden uitgebreid naar een ander). Ook maken deelnemers kennis met de *Vier Levensvrienden* (liefdevolle vriendelijkheid, mededogen, (mede)vreugde en gelijkmoedigheid).

Deze zelf-overstijgende kwaliteiten kunnen onbegrensd beoefend worden en elkaar in evenwicht houden, bij formele en bij informele oefening. In een gegeven situatie kan men zich de vraag stellen: 'Welke houding is hier de meest helpende? Een vriendelijke, een meedogende, een vreugdevolle of een gelijkmoedige houding?' Bovendien worden in sessie 6 en 7 oefeningen geïntroduceerd die kunnen bijdragen aan geluk. Bijvoorbeeld: het stilstaan bij momenten van vreugde en dankbaarheid, het 'gouden randje' herkennen van een donkere periode uit het leven of van een huidig dilemma, en het ontdekken van de kernwaarden waar wij ons leven naar willen richten.

Tussen sessie 6 en 7 wordt, zoals ook gebruikelijk bij MBSR, een extra stiltesessie gehouden om de beoefening te verdiepen. Verder wordt in sessie 7 de training steviger verbonden met het dagelijks leven. Er wordt gereflecteerd op wat ons beweegt. Worden we op een bepaald moment gemotiveerd vanuit ons jaag-, geaar- of zorgsysteem? In welke mate gaan dagelijkse bezigheden gepaard met compassie voor onszelf en compassie voor anderen? Hoe kan wijsheid groeien in ons doen en laten en hoe komen wij tot een praktische ethiek? Hoe zou een crisis in de toekomst voorkomen kunnen worden met behulp van een compassievol signaleringsplan? In de laatste sessie wordt gedeeld wat de training voor de deelnemers betekend heeft en stilgestaan bij de vraag hoe zij de beoefening van mindfulness en compassie verder kunnen integreren in hun leven.

### **Aandachtspunten voor compassietrainers**

#### **(Contra-)indicaties**

Het is niet aan te bevelen deelnemers toe te laten tot compassietraining met acute psychiatrische of somatische problematiek, waarvoor eerst meer specifieke behandelingen aangewend kunnen worden. Cliënten die verslaafd zijn aan bewustzijn verlagende middelen, dienen deze eerst zoveel mogelijk af te bouwen. De compassietraining is een transdiagnostisch aanbod en richt zich niet op specifieke vormen van lijden maar op het ontwikkelen van een gezonde relatie met lijden, in welke vorm ook. De training kan aanvullende care bieden, ook waar cure niet of onvoldoende mogelijk is. Zij is heel geschikt voor hen die, ondanks een positieve respons op eerdere aandachtstraining, verhoogd kwetsbaar blijven voor aanhoudend of terugkerend fysiek, emotioneel of relationeel lijden, burnout, depressie, angst of verslaving, en bij wie hardnekkige patronen bestaan van overmatige zelfkritiek, zelfisolatie, rigiditeit, perfectionisme, afhankelijkheid en/of zelfverwaarlozing. Vaak betreft dit mensen met persoonlijkheidskenmerken uit cluster C (ontwijkend, afhankelijk, dwangmatig) en/of B (borderline, narcistisch, teatraal). Belangrijk is dat zij voldoende gemotiveerd zijn om het proces van zelfonderzoek verder te verdiepen en tijd kunnen vrijmaken voor de oefeningen. Vooral degenen die moeite hebben warmte en betrokkenheid toe te staan bij hun eigen leed en dat van anderen, kunnen veel baat hebben bij compassiegerichte oefeningen.

#### **Mindfulnessstraining vooraf?**

Een laagdrempelige training in (zelf)compassie voor cliënten in de eerste lijn, zoals het Mindful Self Compassion programma (Neff & Germer, 2012), kan aangeboden worden zonder voortraject van mindfulnessbeoefening. De hier beschreven compassietraining werd in de tweede lijn ggz ontwikkeld en in deze setting is het van belang dat deelnemers eerst een MBSR of MBCT training met enig positief resultaat hebben gevolgd. Wanneer men al een zekere stabiliteit in de beoefening van opmerkzaamheid verworven heeft, kost het bij de beschreven voorstellingsoefeningen minder moeite om helder zicht te houden op de gewaarwordingen en reacties die opkomen.

Bij compassiebeoefening is het onvermijdelijk dat men oog in oog komt te staan met pijnlijke bewustzijnsinhoud. Dan is het enorm helpend om te kunnen teruggevallen op reeds verworven mindfulnessvaardigheden. Wanneer het zicht dreigt te vertroebelen kan men altijd weer eenvoudig opmerkzaam zijn van het huidige moment en terugkeren naar het anker van een neutraler aandachtsveld, zoals het volgen van de adembewegingen. Het is aan te raden dat de trainer tevoren kennis maakt met individuele deelnemers om na te gaan of deze vaardigheden voldoende aanwezig zijn.

### **'Backdraft'**

Ondanks deze voorzorg is het niet ongebruikelijk dat tijdens de training heftige reacties op de oefeningen voorkomen. Vooral bij degenen die een achtergrond hebben van tekorten aan liefdevolle zorg van ouders of verzorgers, onveilige hechting en traumatisering zijn er vaak gebieden van oude onverwerkte pijn, die weinig aandacht hebben gehad. Gilbert (2010, 2011) besteedt ruim aandacht aan 'compassievrees'. Bij hen die affectief tekort gekomen zijn kunnen zorgzame aandacht en warme gevoelens het gevaarsysteem activeren. Germer (2012) gebruikt in dit verband wel de term *backdraft*, die afkomstig is uit de brandweerkunde. Wanneer in een brandend gebouw in een afgesloten compartiment zuurstoftekort ontstaat, zal het vuur daar doven, terwijl de brand in aangrenzende open ruimten voortwoedt. Wanneer er dan opeens een raam springt of een deur geopend wordt, kan door de plotselinge toevoer van zuurstof in dat compartiment het vuur weer explosief oplaaien. Zo kan ook de toevoer van vriendelijkheid en compassie in een gebied dat daarvan lange tijd verstoken is geweest, een golf van pijn of verdriet geven. Het is dan behulpzaam dat de betrokkene weet dat dit een normaal verschijnsel betreft, dat het begin kan zijn van een waardevol helingsproces.

### **Hechtingsstijl**

Het is aannemelijk dat het vermogen om zorg te geven en te ontvangen ongunstig beïnvloed wordt door een geschiedenis van onveilige hechting (Gillath e.a., 2005). Bij de vermijdende hechtingsstijl is jong geleerd het verlangen naar sociale verbinding te wantrouwen of te negeren omdat het steeds maar niet vervuld kon worden. Bij de angstige hechtingsstijl is er wel een krampachtig streven dit verlangen te vervullen, maar overheerst al gauw het gevaarsysteem omdat men eerder ervaren heeft dat sociale verbinding onbetrouwbaar bleek te zijn door verlating, verwaarlozing of traumatisering. Vaak richten personen met een onzekere hechtingsstijl zich liever op de behoeften van anderen dan op de eigen behoeften aan zorg en zullen zij bij zelfcompassie eerder het verschijnsel backdraft tegenkomen.

Oefeningen dienen hier stapsgewijs te worden geïntroduceerd en deskundig te worden begeleid, zodat het zorgsysteem geleidelijk aan krachtig genoeg wordt om het gevaarsysteem te kalmeren. Het is van belang dat de oefeningen zich ook gaan richten op het ontvangende aspect en het voelen binnenkomen van vriendelijkheid en compassie.

Voor hen die nauwelijks betrouwbare anderen hebben gekend in hun leven kan de oefening van de veilige plek aanvankelijk toegankelijker zijn dan die van de compassionele metgezel. Het kan ook haalbaarder zijn om in het begin op het gevende aspect van de mildheidmeditatie te focussen en zich eerst te richten op iemand die gevoelens van compassie oproept, zoals een weldoener, of - als dat ook moeilijk is - een huisdier of klein kind. Wanneer men zich kan voorstellen dat een onschuldig wezen de vriendelijkheid kan ontvangen die men daarnaar uitzendt, kan de volgende stap zijn dat men zich voorstelt zelf de ontvanger te zijn van die vriendelijkheid.

## Good will, niet noodzakelijk good feelings

Er zijn deelnemers bij wie gevoelens van welbevinden zich pas later in de training aandienen. Er zijn ook deelnemers die de oefeningen in het begin als heel weldadig ervaren en daarna frustratie tegenkomen, wanneer blijkt dat oude patronen toch weer heel gemakkelijk de kop opsteken. Wanneer een innerlijke pestkop bij momenten van tegenslag op allerlei manieren het gevaarsysteem aanwakkert, valt het niet mee om voort te gaan met het voeden van een innerlijke helper. Ook komt het vaak voor dat men ongemerkt door het jaagsysteem gemotiveerd wordt en krampachtig op zoek is naar de herhaling van een mooie ervaring. Het vraagt dan om geduld om verder te gaan met het cultiveren van *good will*, terwijl *good feelings* uitblijven. Ook dan is het behulpzaam te kunnen terugvallen op de beoefening van niet-oordelend gewaar zijn, in het vertrouwen dat heilzame intenties vroeg of laat tot de groei van heilzame kwaliteiten zullen leiden. Kabat-Zinn (2005) noemt het een radicale daad van liefde, wanneer men in het bewustzijn kan toelaten wat er maar is, ook al is het onaangenaam. Zo gaan de beoefening van mindfulness en compassie hand in hand en versterken zij elkaar.

De hierboven beschreven aandachtsgebieden vragen om de nodige vaardigheden van MBCL-trainers. Evenals het bij MBSR en MBCT van belang is dat trainers vanuit hun eigen beoefening inhoud geven aan hun trainerschap en dat zij zelf belichamen wat zij onderwijzen, zo geldt dat ook bij het begeleiden van compassiegerichte oefeningen. Op [www.compassietraining.nl](http://www.compassietraining.nl) en [www.centrumintegralepsychiatrie.nl](http://www.centrumintegralepsychiatrie.nl) is informatie te vinden over scholing in MBCL voor (g)gz-professionals en mindfulnessstrainers.

---

### Verder lezen...

- Erik van den Brink & Frits Koster, *Compassievol leven - van mindfulness tot heartfulness*, Boom, 2012. Theoretische achtergrond en praktische handleiding die de lezer stapsgewijs door de compassietraining (*Mindfulness-Based Compassionate Living*) voert. Inclusief een audio-cd met compassie-oefeningen. Meer oefeningen die in de training gebruikt worden zijn te vinden in twee audioboeken:
- Frits Koster & Jetty Heynekamp, *Mildheid*, Asoka, 2011.
- Frits Koster, Erik van den Brink & Jetty Heynekamp, *Vier Levensvrienden*, Milinda, verschijnt najaar 2013.

### Literatuurlijst

- Adams, C. & Leary, M.R. (2007). Promoting self-compassionate attitudes toward eating among restrictive and guilty eaters. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(10), 1120-1144.
- Appelo, M. (2011). *Het gelaagde brein - Reflectie en discipline bij het werken aan verandering*. Amsterdam: Boom.
- Armstrong, K. (2011). *Compassie*. Amsterdam: De Bezige Bij.
- Baer, R.A. (2010). Self-compassion as a mechanism of change in mindfulness- and acceptance-based treatments. In R.A. Bear (Ed.), *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change* (pp. 135-153). Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Barnard, L.K. & Curry, J.F. (2011). Self-Compassion: Conceptualizations, Correlates, & Interventions. *Review of General Psychology*, 15(4), 289-303.
- Bien, T. (2008). The Four Immeasurable Minds: Preparing to Be Present in Psychotherapy. In S.F. Hick & T. Bien (Eds.), *Mindfulness and the Therapeutic Relationship* (pp. 37-54). New York: Guilford Press.
- Brach, T. (2004). *Radical Acceptance - Embracing your life with the heart of a Buddha*. New York: Bantam.
- Braehler, C., Gumley, A., Harper, J., e.a. (2012). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: Results of a feasibility randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, DOI: 10.1111/bjc.12009.
- Brewin, C.R. (2006). Understanding cognitive behavior therapy: A retrieval competition account. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 765-784.

- Brewin, C.R., Wheatley, J., Patel, T., e.a. (2009). Imagery rescripting as a brief stand-alone treatment for depressed patients with intrusive memories. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 569-576.
- Brink, E. van den & Koster, F. (2012). *Compassievol leven - van mindfulness tot heartfulness*. Amsterdam: Boom.
- Costa, J. & Pinto-Gouveia, J. (2011). Acceptance of pain, self-compassion and psychopathology: Using the chronic pain acceptance questionnaire to identify patients' subgroups. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 292-302.
- Crocker, J. & Canevello, A. (2008). Creating and undermining social support in communal relationships: The role of compassionate and self-image goals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95, 555-575.
- Davidson, R.J. (2012). The Neurobiology of Compassion. In C.K. Germer & R.D. Siegel (Eds.), *Compassion and Wisdom in Psychotherapy* (pp. 111-118). New York, NY: Guilford Press.
- Depue, R.A. & Morrone-Strupinsky, J.V. (2005). A neurobehavioral model of affiliative bonding. *Behavioral and Brain Sciences*, 28, 313-395.
- Figley, C.R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (11, Suppl. 1), 1433-1441.
- Fredrickson, B.L., Cohn, M.A., Coffey, K.A., Pek, J. & Finkel, S. (2008). Open hearts build lives: Positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95, 1045-1062.
- Gale, C., Gilbert, P., Read, N., Goss, K. (2012). An Evaluation of the Impact of Introducing Compassion Focused Therapy to a Standard Treatment Programme for People with Eating Disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, DOI: 10.1002/cpp.1806.
- Germer, C. (2009). *The Mindful Path to Self-Compassion*. New York: Guilford Press.
- Germer, C.K. (2012). Cultivating Compassion in Psychotherapy. In C.K. Germer & R.D. Siegel (Eds.), *Compassion and Wisdom in Psychotherapy* (pp. 93-110). New York, NY: Guilford.
- Gilbert, P. (2005). Compassion and cruelty. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion - Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy* (pp. 9-74). Londen: Routledge.
- Gilbert, P. (2009a). *The Compassionate Mind*. Londen: Constable & Robinson.
- Gilbert, P. (2009b). *Overcoming depression*. Londen: Constable & Robinson.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion Focused Therapy*. Londen: Routledge.
- Gilbert, P. & Irons, C. (2004). A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people. *Memory*, 12, 507-516.
- Gilbert, P. & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion - Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy* (pp. 263-325). Londen: Routledge.
- Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M. & Rivas, A. (2011). Fears of compassion: Development of three self-report measures. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84, 239-255.
- Gilbert, P. & Proctor, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: A pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353-379.
- Gillath, O., Shaver, P.R. & Mikulincer, M. (2005). An attachment-theoretical approach to compassion and altruism. In: P. Gilbert (Ed.), *Compassion - Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy* (pp. 121-147). Londen: Routledge.
- Gordon, J.S. (2008). *Unstuck - Your guide to the seven-stage journey out of depression*. Londen: Penguin Books.
- Goss, K. (2011). *The compassionate mind approach to beating overeating - using compassion focused therapy*. Londen: Constable & Robinson.
- Hanson, R. (2009), met Mendius, R., *Buddha's Brain - The practical neuroscience of happiness, love & wisdom*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Hayes, S., Strosahl, K. & Wilson, K. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy - An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hebb, D.O. (1949) *The Organization of Behavior: A Neuropsychological Theory*. New York: Wiley.
- Heffernan, M., Griffin, M. McNulty, S. & Fitzpatrick, J.J. (2010). Self-compassion and emotional intelligence in nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 16, 366-373.
- Henderson, L. (2011). *Building social confidence - using compassion-focused therapy to overcome shyness and social anxiety*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Hofmann, S.G., Grossman, P. & Hinton, D.E. (2011). Loving-kindness and compassion meditation: Potential for psychological interventions. *Clinical Psychology Review*, 31, 1126-1132.
- Hollis-Walker, L. & Colosimo, K. (2011). Mindfulness, self-compassion and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination. *Personality and Individual Differences*, 50, 222-227.



- Hutcherson, C.A., Seppala, E.M. & Gross, J.J. (2008). Loving-kindness meditation increases social connectedness. *Emotion*, 8, 720-724.
- Johnson, K.J., Penn, D.L., Fredrickson, B.L., e.a. (2009). Loving-kindness meditation to enhance recovery from negative symptoms of schizophrenia. *Journal of Clinical Psychology*, 65(5), 499-509.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Handboek meditatief ontspannen - Effectief programma voor het bestrijden van pijn en stress*. Haarlem: Altamira-Becht.
- Kabat-Zinn, J. (2006). *Coming To Our Senses - Healing Ourselves and the World Through Mindfulness*. Londen: Piatkus.
- Kelly, A.C., Zuroff, D.C., Foa, C.L. & Gilbert, P. (2010). Who benefits from training in self-compassionate self-regulation? A study of smoking reduction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(7), 727-755.
- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E. e.a. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behavior Research and Therapy*, 48, 1105-1112.
- Laithwaite, H., Gumley, A., O'Hanlon, M., e.a. (2009). Recovery After Psychosis (RAP): A compassion focused programme for individuals in high security settings. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 511-526.
- Leary, M.R., Tate, E.B., Adams, C.E., e.a. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 887-904.
- Lee, D.A. (2005). The perfect nurturer: A model to develop a compassionate mind within the context of cognitive therapy. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion - Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy* (pp. 326-351). Londen: Routledge.
- Longe, O., Maratos, F.A., Gilbert, P., e.a. (2010). Having a word with yourself: Neural correlates of self-criticism and self-reassurance. *NeuroImage*, 49, 1849-1856.
- Lowens, I. (2010). Compassion focused therapy for people with bipolar disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3 (2), 172-185.
- Lutz, A., Greischar, L., Rawlings, N., Richard, M. & Davidson, R.J. (2004). Long-term meditators self-induce high amplitude gamma synchrony during mental practice. *Proceedings of the National Academy of Science*, 101(46), 16369-16373.
- Lutz, A., Brefczynski-Lewis, J., Johnstone, T. & Davidson, R.J. (2008). Regulation of the neural circuitry of emotion by compassion meditation: Effects of meditative expertise. *Public Library of Science*, 3 (3), 1-5.
- MacLean, P.D. (1990). *The Triune Brain in Evolution - Role in Paleocerebral Functions*. New York: Springer.
- Mayhew, S. & Gilbert, P. (2008). Compassionate mind training with people who hear malevolent voices: A case series report. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 113-138.
- Neely, M.E., Schallert, D.L., Mohammed, S., e.a. (2009). Self-kindness when facing stress: The role of self-compassion, goal regulation, and support in college students' well-being. *Motivation and Emotion*, 33, 88-97.
- Neff, K. (2011). *Zelfcompassie - Stop jezelf te veroordelen*. Amsterdam: De Bezige Bij.
- Neff, K.D. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-102.
- Neff, K.D. (2003b). Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- Neff, K.D. (2008). Self-compassion: Moving beyond the pitfalls of a separate self-concept. In J. Bauer & H.A. Wayment (Eds.), *Transcending self-interest - Psychological explorations of the quiet ego* (pp. 95-106). Washington, D.C.: APA Books.
- Neff, K.D., (2012). The Science of Self-Compassion. In C.K. Germer & R.D. Siegel (Eds.), *Compassion and Wisdom in Psychotherapy* (pp. 79-92). New York, NY: Guilford Press.
- Neff, K.D. & Beretvas, S.N. (2012). The role of self-compassion in romantic relationships. *Self and Identity*, DOI: 10.1080/15298868.2011.639548.
- Neff, K.D. & Germer, C.K. (2012). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, DOI: 10.1002/jclp.21923.
- Neff, K.D., Hsieh, Y. & Dejitterat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals and coping with academic failure. *Self and Identity*, 4, 263-287.
- Neff, K.D. & Pommier, E. (2012). The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self and Identity*, DOI:10.1080/15298868.2011.649546.
- Neff, K.D., Rude, S.S. & Kirkpatrick, K. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41, 908-916.
- Neff, K.D. & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, 77, 23-50.

- Pace, T.W.W., Negi, L.T., Adame, D.D., e.a. (2009). Effect of compassion meditation on neuroendocrine, innate immune and behavioral responses to psychosocial stress. *Psychoneuroendocrinology*, 34, 87-98.
- Rein, G., Atkinson, M. & McCraty, R. (1995). The physiological and psychological effects of compassion and anger. *Journal of Clinical Neuropsychiatry*, 5, 132-139.
- Rockliff, H., Gilbert, P., McEwan, K., e.a. (2008). A pilot exploration of heart rate variability and salivary cortisol responses to compassion-focussed imagery. *Journal of Clinical Neuropsychiatry*, 5, 132-139.
- Sbarra, D.A., Smith, H.L. & Mehl, M.R. (2012). When leaving your Ex, love yourself: Observational ratings of self-compassion predict the course of emotional recovery following marital separation. *Psychological Science*, 23(3), 261-269.
- Segal, S.V., Williams, J.M.G. & Teasdale, J.D. (2004). *Aandachtgerichte cognitieve therapie bij depressie - Een nieuwe methode om terugval te voorkomen*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Siegel, D.J. (2007). *The Mindful Brain - Reflection and Attunement in the Cultivation of Well-Being*. New York: W.W. Norton.
- Siegel, D.J. (2010). *Mindsight - The New Science of Personal Transformation*. New York: Bantam.
- Singer, J.L. (2006). *Imagery in Psychotherapy*. Washington, D.C.: APA Books.
- Siegel, R.D. & Germer, C.K. (2012). Wisdom and Compassion - Two Wings of a Bird. In C.K. Germer & R.D. Siegel (Eds.), *Compassion and Wisdom in Psychotherapy* (pp. 7-34). New York, NY: Guilford.
- Shapiro, S.L. & Carlson, L.E. (2009). *The Art and Science of Mindfulness - Integrating Mindfulness into Psychology and the Helping Professions*. Washington, D.C.: APA Books.
- Shapiro, S.L., Astin, J.A., Bishop, S.R. & Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, 12, 164-176.
- Shapiro, S.L., Brown, K.W. & Biegel, G.M. (2007). Teaching self-care to care-givers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1, 105-115.
- Taylor, S. (2006). Tend and befriend: Biobehavioral bases of affiliation under stress. *Current Directions in Psychological Science*, 15(6), 273-277.
- Tirch, D. (2012). *The Compassionate Mind Guide to Overcoming Anxiety: Using compassion-focused therapy to calm panic, worry and fear*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Thompson, B. & Waltz, J. (2008). Self-compassion and PTSD symptom severity. *Journal of Traumatic Stress*, 21(6), 556-558.
- Van Dam, N.T., Sheppard, S.C., Forsyth, J.P. & Earleywine, M. (2011). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 123-130.
- Vetesse, L.C., Dyer, C.E., Li, W.L. & Wekerle, C. (2011). Does self-compassion mitigate the association between childhood maltreatment and later emotional regulation difficulties? *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9, 480-491.
- Vreeswijk, M. van, Broersen, J. & Schurink, G. (2009). *Mindfulness en schematherapie - Praktische training bij persoonlijkheidsproblematiek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Waal, F. de (2009). *Een tijd voor empathie*. Amsterdam: Contact.
- Welford, M. (2010). A compassion focused approach to anxiety disorders. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3 (2), 124-140.
- Wit, H.F. de (2008). *Het open veld van de ervaring*. Kampen: Ten Have.
- Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2003). *Schema therapy - A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.