

# Transpersoonlijke psychiatrie

*De gangbare psychiatrie definieert stoornissen bij voorkeur vanuit de tastbare, biologische realiteit, als een genetische aandoening of een afwijking in de werking van de hersenen. Ze probeert problemen ook vanuit die context te verhelpen. Op die manier heeft ze de klachten van veel patiënten kunnen verlichten maar helaas is ze er niet in geslaagd voor veel aandoeningen ook een definitieve oplossing te vinden. De transpersoonlijke psychiatrie gaat er vanuit dat er naast de biologische realiteit ook nog een andere, subtielere werkelijkheid bestaat en dat de oorsprong van veel aandoeningen daar te vinden is, in gebieden die buiten het bereik liggen van de biologische benadering. Transpersoonlijke psychiatrie is daardoor in staat psychiatrische problemen op te lossen die vanuit een biologisch perspectief onbehandelbaar zijn.*

## Biologische psychiatrie

Psychiatrische aandoeningen waren van oudsher zielsziekten, problemen op het onstoffelijke niveau van ons bestaan. De behandeling daarvan vereiste wijsheid, het was meer een kunst dan een kunde. Helaas heeft die aanpak lang niet altijd bevredigende resultaten opgeleverd. Vanuit de behoefte om het wetenschappelijke gehalte van de behandeling en de reproduceerbaarheid ervan te vergroten is de nadruk in de psychiatrie meer en meer komen te liggen op werkwijzen die objectief meetbaar zijn. Al vele jaren is de overheersende trend dan ook om een biologische verklaring te zoeken voor psychiatrische problemen. Het is met name de psychopharmacologie die de drijvende kracht vormt achter deze ontwikkeling. Neurowetenschappers en genetici nemen daarbij de plaats in van therapeuten. Zij streven ernaar de psychiatrie dichter bij de algemene geneeskunde te brengen en tegenwoordig spreekt men dan ook liever over hersenziekten dan over zielsziekten.

De behoefte tot een 'evidence based' behandelmethodete komen voor psychiatrische aandoeningen kan alleen maar worden toegejuicht maar je kunt je afvragen of de eenzijdige oriëntatie op de biologische aspecten wel zo vruchtbaar is en of daarmee niet het kind met het badwater wordt weggegooid. Uit een recent Europees onderzoek van het European College of Neuropsychopharmacology (ECNP) bleek dat in 2010 maar liefst 38,2% van de Europese bevolking aan één of meer 'hersenziekten' leed – tegenover 27,4% in 2005<sup>1</sup>.

Ook in Nederland stijgt het aantal psychiatrische patiënten. Zo waren er volgens het Pharmaceutisch Weekblad van december 2011 in Nederland in de eerste helft van dat jaar 265.000 personen aan wie een antipsychoticum was voorgeschreven, een stijging van 6% ten opzichte van het voorafgaande jaar. Deze toename is in overeenstemming met de jaarlijkse stijging van 5% die gedurende een reeks van jaren werd gevonden en die geresulteerd heeft in een verdubbeling van het gebruik van antipsychotica over een periode van 10 jaar.

Niets wijst er op dat de biologische benadering en de toenemende medicalisering van de psychiatrie ook inderdaad een verbetering brengt van de psychische gezondheid van de bevolking. Het aantal patiënten neemt alleen maar toe, net als het gebruik van psychofarmaca. Daarnaast zijn de bijwerkingen van deze middelen aanzienlijk en zorgen ze voor nieuwe problemen zoals overgewicht, diabetes, een verminderde seksuele belangstelling en een kortere levensverwachting.

In de biologische psychiatrie gaat men er vanuit dat er een scheidslijn bestaat tussen een gezonde en een gestoorde psyche zoals er ook een scheidslijn bestaat tussen personen die wel of geen griep hebben. In het begin van de jaren 90 verkeerden genetici dan ook in de optimistische veronderstelling dat voor elk van die stoornissen een genetische afwijking zou kunnen worden

---

<sup>1</sup> ECNP/EBC report 2011: The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe in 2010.

gevonden. Dit idee heeft men inmiddels los moeten laten. Nu, 20 jaar verder, blijkt de genetische aanleg veel complexer te zijn dan men aanvankelijk had verondersteld. Er worden wel relevante genen geïdentificeerd maar deze blijken slechts een kleine statistische bijdrage te leveren aan de verklaring van de aandoening. Minstens zo belangrijk, en misschien wel veel belangrijker, blijkt de invloed van omgevingsfactoren te zijn. Het lijkt erop dat de genetische aanleg zorgt voor een bepaalde kwetsbaarheid die op zichzelf nog geen probleem hoeft te veroorzaken. Maar in combinatie met ongunstige omgevingsfactoren kunnen deze kwetsbare personen een bepaalde aandoening ontwikkelen. Begin deze eeuw maakten Avshalom Caspi en Terry Moffitt voor het eerst aannemelijk dat een psychiatrisch ziektebeeld kan ontstaan uit een combinatie van genetische en omgevingsfactoren<sup>2</sup>. Zij ontdekten bij een onderzoek naar mishandelde kinderen dat alleen de kinderen met een specifieke genvariant significant vaker antisociaal gedrag vertoonden als gevolg van hun problematische jeugd. De omgevingsfactoren zoals traumatische jeugdervaringen blijken een psychiatrische aandoening te kunnen uitlokken bij personen die daarvoor een genetische gevoeligheid hebben.

Het genetische onderzoek naar psychiatrische aandoeningen heeft ook om andere redenen niet de helderheid gebracht die men ervan gehoopt had. Dit onderzoek was aanvankelijk gericht op de aandoeningen zoals die door het DSM classificatie systeem worden beschreven. In de praktijk blijken veel van die aandoeningen echter in elkaar over te lopen. Psychiatrische aandoeningen zijn dus niet zo eenduidig te definiëren en onderling van elkaar te onderscheiden als men aanvankelijk had gedacht. Zo blijken schizofrenie, bipolaire stoornissen en schizo-affectieve stoornissen bij verschillende families en in opeenvolgende generaties veel meer met elkaar verweven te zijn dan door de DSM classificatie wordt gesuggereerd. Dit wijst erop dat er tussen al deze aandoeningen een aanzienlijke genetische overlap bestaat waardoor ze genetisch nauwelijks van elkaar te onderscheiden zijn.

Daardoor is het idee ontstaan te zoeken naar gemeenschappelijke oorzaken die aan de verschillende aandoeningen ten grondslag liggen. Verschillende ziektebeelden blijken dan slechts verschillende uitdrukkingsvormen te zijn van een vergelijkbare verstoring in een onderliggend mechanisme. Voor de behandeling daarvan probeert men zich dan minder te richten op de uiterlijke kenmerken van die aandoeningen, men probeert achterliggende patronen te ontdekken en de verstoringen daarin op te lossen. Zulke transdiagnostische processen<sup>3</sup> worden dan gezien als de factoren die verschillende stoornissen veroorzaken of bestendigen. Zoals eenzelfde stressvolle situatie bij verschillende individuen ook verschillende klachten kan veroorzaken zoals hoofdpijn, buikpijn of slaapproblemen, zo kan een genetische predispositie in combinatie met belastende omgevingsfactoren een heel spectrum aan psychiatrische diagnoses oproepen. Personen met een wat robuustere natuur zullen onder deze omstandigheden geen enkel probleem ervaren. Kwetsbare personen zullen op basis van eenzelfde achtergrond geheel verschillende en betrekkelijk willekeurige ziektebeelden kunnen ontwikkelen.

Vanuit deze benadering zijn psychiatrische aandoeningen geen identificeerbare ziekten maar ze vormen een heel spectrum aan verstoringen van een subtiel innerlijk evenwicht waarbij de verschillende ziektebeelden vloeiend in elkaar overlopen. De grens tussen ziekte en gezondheid zal daarbij vervagen. Iedereen heeft wel iets en het feit dat volgens het ECNP 38,2% van de bevolking een 'hersenziekte' heeft hoeft dan geen verbazing te wekken. Of al die mensen zich daarom ook moeten laten behandelen is natuurlijk een heel andere zaak.

Wanneer een aandoening niet wordt gezien als een definieerbare afwijking in de hersenen maar als

---

2 Caspi A., McClay J., Moffitt T.E., Mill J., Craig I.W., et al. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science* 2002; 297:851-4

3 Barlow D.H., Fairchione T.J., Fairholme C.P., et al. (2010) *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders*. Oxford University Press

een interactie tussen een genetisch bepaalde gevoeligheid en omgevingsfactoren dan kan de behandeling daarop worden afgestemd. Deze kan dan worden gericht op:

1. het wegnemen van de genetische kwetsbaarheid,
2. het behandelen van de klachten door middel van medicatie
3. het corrigeren van de schade die door omgevingsfactoren is aangericht.

ad.1 Het veranderen van de genetische kwetsbaarheid is daarbij nauwelijks een optie, de genetische programmering is een min of meer vaststaand gegeven.

ad. 2 De biologische behandeling kan worden gericht op het wegnemen of verminderen van de symptomen van de ziekte zoals dat op dit moment gebeurt. Dat medicatie verlichting geeft van de klachten wordt gezien als een bewijs voor hun effectiviteit en als een overwinning voor de biologische aanpak. Dat hierdoor in veel gevallen geen werkelijke genezing wordt gevonden wordt door zowel therapeuten als patiënten als even vanzelfsprekend geaccepteerd. Genetische afwijking of afwijking in de hersenen zijn nu eenmaal een onverbidde biologisch gegeven.

ad.3 Het corrigeren van de schade die door omgevingsfactoren in het verleden is aangericht is een benadering waarvoor nauwelijks aandacht bestaat maar die niettemin de meeste kans op succes zou kunnen bieden. Het zijn deze omgevingsfactoren en de emotionele trauma's die daaruit zijn voortgekomen die in de transpersoonlijke psychiatrie een centrale plaats innemen.

### **Transpersoonlijke en Boeddhistische psychiatrie**

De transpersoonlijke psychiatrie gaat terug naar de oorsprong van de psychiatrie en probeert zich weer te richten op de onstoffelijke niveaus van de werkelijkheid, op de problemen die daar te vinden zijn en op de oplossingen die van daaruit mogelijk worden.

Het begrip 'transpersoonlijk' heeft vooral bekendheid gekregen dankzij Ken Wilber<sup>4</sup>. Hij maakt globaal onderscheid in drie niveaus van bewustzijn:

1. het pré-persoonlijke, dat is het kinderlijk emotionele ontwikkelingsniveau,
2. het persoonlijke, daaronder verstaat hij het rationele bewustzijnsniveau dat zich voornamelijk oriënteert op de tastbare werkelijkheid en,
3. het trans-persoonlijke van waaruit er aandacht is voor die niveaus van de werkelijkheid die het rationele en materiële overstijgen.

De essentie van deze opeenvolgende ontwikkelingsniveaus is dat het hogere niveau steeds voortbouwt op het lagere; het hogere omvat en overstijgt het lagere. Het transpersoonlijke omvat het rationele, het is daar niet strijdig mee en het is dan ook toegankelijk voor rationeel onderzoek. De transpersoonlijke psychiatrie is ook niet eenzijdig op het 'onstoffelijke' gericht, het omvat ook het lichamelijke. Ook vanuit een transpersoonlijk perspectief bezit de mens nog steeds een lichaam met zijn biologische behoeften. Er is daarom ook aandacht voor de biologische realiteit en voor de farmaceutische mogelijkheden die daaruit voortkomen. Om deze reden wordt wel gesproken over *integrale* psychiatrie omdat hierbij alle aspecten van de menselijke natuur worden betrokken.

Over de aard en de betekenis van die subtiele niveaus kan van mening worden verschild met als gevolg dat ook onder aanhangers van een transpersoonlijke visie verschillende wegen worden bewandeld.<sup>5</sup> Toch bestaan er grote onderlinge overeenkomsten omdat ze allemaal in meer of mindere mate schatplichtig zijn aan Boeddhistische tradities. Centraal hierin is de opvatting dat aan de verschillende (subtiele) aspecten van de werkelijkheid een concrete betekenis wordt toegekend. Emoties en gedachten worden daarbij gezien als autonome structuren die net zo reëel zijn als

4 Wilber, K. (1977). *The spectrum of consciousness*. Shambhalla: Boston

5 Voor een gedetailleerde beschrijving van de innerlijke werkelijkheden verwijzen we hier naar het werk van de Zweedse esotericus Henry Laurency. Deze is naar onze mening voor de transpersoonlijke psychiatrie het meest bruikbaar. Zie ook: Aaldijk, K. & Aaldijk, M. (2009). *De geheimen van de ziel*. Uitgeverij Elmar: Delft

tastbare feiten. Boeddhistische en transpersoonlijke benaderingen zijn erop gericht verstoringen en onregelmatigheden op die niveaus op te lossen.

De basis van alle Boeddhistische leringen wordt gevormd door de 'vier nobele waarheden'. Toen Boeddha tot verlichting kwam en inzicht kreeg in de betekenis van het bestaan, kreeg hij daarmee ook inzicht in de oorsprong van het lijden. Hij vatte dit voor zijn volgelingen samen in een viertal conclusies.

1. Er bestaat lijden.
2. Dit lijden vindt zijn oorsprong in onze gehechtheid aan datgene wat vergankelijk is. We zijn gehecht aan ons leven, aan onze bezittingen, aan roem, macht en aanzien. Maar alles is vergankelijk, alles zal in de loop van de tijd verloren gaan. Hoe meer we ons dus hechten aan datgene wat verloren zal gaan, des te meer we zullen lijden.
3. Er is een niveau van bewustzijn waar we die gehechtheid hebben losgelaten en waar het lijden dus niet langer zal bestaan.
4. We kunnen dit bewustzijnsniveau bereiken door het bewandelen van het achtvoudige pad. Dit is het pad van het juiste begrip, de juiste gedachten, het juiste spreken, het juiste handelen, de juiste wijze van levensonderhoud, de juiste inspanning, de juiste aandacht en de juiste concentratie.

De kern van alle problemen ligt dus, volgens het Boeddhisme, in onze gehechtheid aan datgene wat vergankelijk is. Anders gezegd; we lijden omdat we ons identificeren met ons lichaam, met onze emoties en gedachten. Als we succes hebben dan genieten we van onze roem en zijn we gelukkig. Maar als die roem verloren gaat, wanneer we oud worden en onze gezondheid ons in de steek laat, dan gaat die identificatie zich tegen ons keren. Dan worden we somber en angstig en gaan we ons ongelukkig voelen. De oplossing van ons probleem ligt dan ook in het loslaten van die identificatie en dat doel kunnen we bereiken door de juiste aandacht, de juiste concentratie, de juiste gedachten enzovoorts. Dat brengt ons, volgens Boeddha, naar een bewustzijnsniveau waar die emoties hun greep op ons hebben verloren, het transpersoonlijke niveau van Ken Wilber.

We zijn niet ons lichaam, onze emoties of onze gedachten en we kunnen ons lijden dan ook beëindigen door als het ware vanaf een afstand naar onszelf te kijken. Daarvoor moeten we 'getuige' worden. We worden dan als het ware de toeschouwer van onszelf waardoor de pijn en het verdriet hun greep op ons verliezen. Binnen de westerse psychiatrie kunnen we dit doel benaderen door middel van aandachtsgerichte therapie ofwel Mindfulness meditatie. Een werkwijze die door Jon Kabat-Zinn aan het Boeddhisme is ontleend en aangepast aan onze westerse smaak. Het leert ons, in een aantal sessies van een uur, om de toeschouwer te worden van onszelf waardoor klachten verminderen. Eén van de methoden die binnen de mindfulness techniek wordt gebruikt is de 'bodyscan'. Hierbij kijk je in gedachten, als een toeschouwer, naar je hele lichaam, naar je handen en je voeten en naar alle tenen afzonderlijk zodat er een bewuste scheiding ontstaat tussen de waarnemer en datgene wat wordt waargenomen met als gevolg dat de identificatie ermee vermindert. Het brengt ons naar een niveau van bewustzijn waar we de gehechtheid kunnen loslaten en waar het lijden niet langer bestaat of althans wat minder is geworden.

Mindfulness vindt zijn oorsprong in vipassana meditatie, een meditatietechniek die volgens de overlevering door Boeddha zelf is ontwikkeld en die nog steeds op uitgebreide schaal wordt toegepast. Meest gangbaar is een methode die door S.N. Goenka voor het westen is aangepast en waarbij je gedurende 10 dagen (maar dat kunnen ook drie maanden zijn) de hele dag mediteert. Al die tijd wordt er niet gesproken omdat het de bedoeling is dat je je volledig op jezelf richt. Zoals ook bij de bodyscan het geval is ga je met je aandacht langs je hele lichaam en observeer je jezelf. Maar dat doe je nu niet gedurende een uur, dat doe je dagenlang en na verloop van tijd ga je je lichaam niet langer als een massief, concreet object ervaren maar als een stromend, energetisch

systeem. De waarneming van je lichaam verandert. Het is alsof je hele lichaam van binnen in beweging komt en in al die energieën ontdek je vervolgens plaatsen waar de energie niet stroomt en waar het donker aanvoelt. Wanneer je daar met je aandacht naartoe gaat ervaar je dat die geblokkeerde energieën gevoelens van onrust en verwarring teweeg brengen, je wordt er angstig en onzeker van. Emoties worden daarbij ervaren als concrete, tastbare structuren die je als objecten kunt waarnemen. Als je je aandacht op zo'n donkere plek gericht houdt dan merk je na verloop van kortere of langere tijd, uren of dagen, dat de energie weer gaat stromen. De duisternis verdwijnt en het gevoel van verwarring maakt plaats voor een zekere euforie. Vervolgens ga je met je aandacht naar een volgende plek in je lichaam die donker is en op die manier probeer je alle blokkades één voor één op te lossen. Dit is een intensief proces, het helpt emotionele blokkades in jezelf op te ruimen waarvan je het bestaan niet eens kende. Na afloop kun je je nog dagenlang verward voelen en omgewoeld maar na verloop van tijd ervaar je jezelf als verfrist en herboren. De geblokkeerde energieën die tijdens de vipassana meditatie zichtbaar kunnen worden zijn onze emotionele trauma's die onder invloed van onze aanhoudende aandacht langzaam oplossen. Als die emoties verdwenen zijn en onze aandacht niet meer opeisen worden we ook niet langer in ons emotionele bewustzijn gezogen. In plaats daarvan worden we als het ware opgetild naar een hoger bewustzijnsniveau dat aan de identificatie met emoties en gedachten is ontstegen. Dan bereiken we een niveau van bewustzijn waar het lijden niet langer bestaat, het transpersoonlijke. Vipassana is een Boeddhistische werkwijze waarmee trauma's worden opgeruimd en die ons in contact brengt met dit transpersoonlijk bewustzijnsniveau. Het is een effectieve methode die, vanwege zijn intensiteit, alleen geschikt is voor mensen met een redelijk stabiele persoonlijkheidsstructuur. Ken Wilber en anderen<sup>6</sup> stellen dan ook nadrukkelijk dat vipassana meditatie ongeschikt is voor mensen met een acute psychiatrische aandoening.

### **Transpersoonlijke versus biologische psychiatrie**

Wanneer we nu de transpersoonlijke en de biologische psychiatrie tegenover elkaar stellen dan kunnen we de verschillen als volgt samenvatten.

Bij de reguliere (biologische) psychiatrie gaat men ervan uit dat we ons fysieke lichaam *zijn*. Alle bewustzijnservaringen komen voort uit dat lichaam. Gedachten en emoties worden gezien als vluchtige verschijnselen die door de hersenen worden geproduceerd.

Bij een transpersoonlijke (Boeddhistische) benadering gaat men er vanuit dat gedachten en emoties concrete realiteiten zijn. Daarbij zijn voor de psychiatrie vooral de emoties van belang. Zij worden gezien als -semi- permanente structuren die gezamenlijk een emotioneel lichaam vormen dat onafhankelijk van de hersenen bestaat.

*Vanuit een biologisch visie* vindt alles wat er in ons bewustzijn gebeurt zijn oorsprong in de hersenen. Alle emoties en gedachten zijn dus terug te voeren tot activiteiten in de hersenen. En als die hersenen niet goed werken dan worden de emoties daardoor verstoord. (Oorzaak fysiek – gevolgen emotioneel)

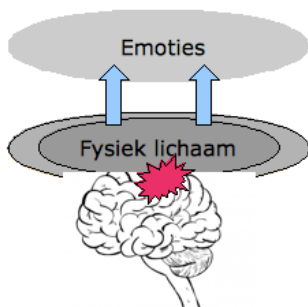
*Vanuit een transpersoonlijk perspectief* gaan we er vanuit dat emoties voortkomen uit het emotioneel lichaam. Emoties werken door in het fysieke lichaam, we kunnen er buikpijn van krijgen en ze kunnen zorgen voor veranderingen in de hersenactiviteit. (Oorzaak emotioneel – gevolgen fysiek)

---

<sup>6</sup> Wilber, K., (Ed.), Engler, J. & Brown, D. (1986). *Transformations in consciousness*. Shambhalla: Boston

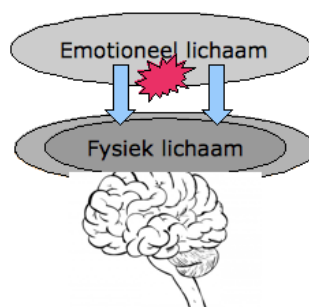
### Biologische visie:

Een probleem in de hersenen manifesteert zich in de emoties



### Transpersoonlijke visie:

Een probleem in het emotionele lichaam manifesteert zich in de hersenen

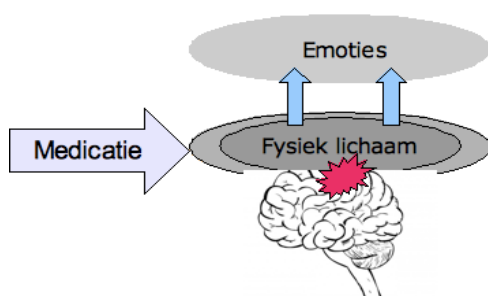


Als je de oorsprong van een probleem in de hersenen lokaliseert, dan ligt het voor de hand dat je de behandeling ook op de hersenen richt, met behulp van medicijnen dus. In de praktijk blijkt dat deze benadering doorgaans geen werkelijke genezing brengt. De klachten worden wel minder maar de oorzaak van het probleem wordt niet weggenomen. De kwaal blijkt dan wel behandelbaar maar ongeneeslijk te zijn.

Als je de oorsprong van het probleem op het emotionele niveau lokaliseert dan is duidelijk dat het niet op het niveau van de hersenen kan worden genezen. Daarvoor is het nodig de behandeling ook op het emotionele niveau aan te pakken. Traumaverwerking is dan de oplossing. (Medicatie kan in veel gevallen het emotionele genezingsproces wel ondersteunen en soms zelfs een noodzakelijke voorwaarde scheppen om een effectieve therapie mogelijk te maken.)

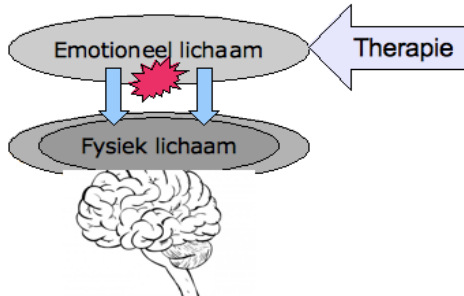
### Biologische visie:

Een probleem in de hersenen moet in de hersenen worden opgelost



### Transpersoonlijke visie:

Een probleem in het emotionele lichaam moet op emotioneel niveau worden opgelost



Zo gaan de biologische psychiatrie en de transpersoonlijke psychiatrie dus uit van verschillende verklaringmodellen en kiezen ze voor een verschillende aanpak van de problemen.

### Transdiagnostische complexen

Omgevingsfactoren worden, in combinatie met een genetische kwetsbaarheid, gezien als een belangrijke oorzaak van psychiatrische klachten. Daarbij kan worden gedacht aan problematische jeugdervaringen zoals misbruik en mishandeling. Maar ook de scheiding van ouders, pesten op school of een veelheid van min of meer 'gewone' ervaringen kunnen hun sporen nalaten en aanleiding geven tot ernstige problemen. Alle emoties die we niet hebben verwerkt kunnen uitgroeien tot emotionele trauma's. Vanuit een transpersoonlijke benadering kunnen we ze opvatten als concrete structuren die zich in het emotionele lichaam bevinden en die daar blijven zitten totdat

we ze oplossen. Veel van die trauma's worden nooit verwerkt en in veel gevallen betekent dit dat er zich in het emotionele lichaam een hele verzameling versturende structuren bevindt. Ze kunnen zich daar een heel mensenleven schuilhouden zonder dat de betrokkene zich daarvan bewust hoeft te zijn.

De emotionele (over)gevoeligheden die met zulke trauma's samenhangen, zoals het 'overdreven' reageren op bepaalde situaties, worden in de loop der jaren niet meer als een probleem ervaren. Ze vormen zo'n vertrouwd patroon dat ze als deel van de eigen persoonlijkheid worden gezien en niet als een probleem, zoals we ook een litteken of een handicap na verloop van tijd niet meer bij onszelf opmerken. Toch blijven die versteende emoties, die in ons onderbewustzijn zijn weggezaakt, niet zonder gevolgen. Emoties werken door in ons fysieke lichaam. Verborgene trauma's kunnen daardoor -levenslang- als een soort stoorzender, signalen uitsturen naar het fysieke lichaam en dus ook naar de hersenen en van daaruit onze psychische balans verstoren. Met behulp van medicijnen kunnen de hersenen dan wel worden beïnvloed om zo de klachten te verminderen maar voor een echte oplossing moeten we het probleem bij de bron aanpakken en daarvoor moeten we de emotionele verstoring opruimen.

Het verschil tussen gezonde mensen en personen die een grote kans lopen een psychiatrische aandoening te ontwikkelen kan dan, naast een genetische gevoeligheid, worden teruggebracht tot het verschil in emotionele ballast die men met zich meedraagt. De onverwerkte emotionele problemen vormen dan gezamenlijk het transdiagnostische complex dat aan de aandoening ten grondslag ligt.

Welke aandoening zich vervolgens uit dit complex ontwikkelt is niet te voorspellen. Vergelijkbare omgevingsfactoren kunnen bij verschillende personen totaal verschillende psychiatrische diagnoses uitlokken, zoals angstklachten, dwangklachten, bipolaire stoornissen, eetstoornissen, of andere. De behandeling hoeft dan ook niet te worden gericht op de diagnose zoals die vanuit de DSM kan worden bepaald. De sleutel tot herstel ligt in het wegnemen van de onverwerkte emotionele trauma's die zich in het emotionele lichaam hebben verzameld.

Emotionele trauma's kunnen daarbij worden onderverdeeld in verschillende groepen. Er zijn *trauma's uit het verleden*, die dus vele jaren voorafgaan aan de ontwikkeling van de ziekte (jeugdervaringen, zoals misbruik of mishandeling, echtscheiding van de ouders of een dramatisch sterfgeval) en *recente trauma's* (bijvoorbeeld de eigen echtscheiding, verlies van baan of de dood van een geliefde). Beide soorten kunnen elkaar beïnvloeden en activeren. Gezamenlijk kunnen ze dan de opmaat vormen tot de psychiatrische aandoening. Het oplossen van al deze trauma's is dan ook essentieel. Maar daarmee zijn we er nog niet. De ziekte zelf heeft weer nieuwe, *ziekte-gerelateerde trauma's*, gecreëerd en ook deze moeten worden opgelost. De -soms herhaalde- opnames in een psychiatrisch ziekenhuis en de ontluistering die men daarbij kan ervaren zijn vaak nog belastender dan al het andere wat men in het leven heeft meegemaakt. Ze kunnen het gevoel van eigenwaarde van de betrokkene tot op een diep niveau aantasten, zeker in combinatie met de overtuiging dat men een onherstelbare afwijking heeft want de psychiatrische diagnose kan op zichzelf al gevoelens van machteloosheid geven. Men kan nauwelijks nog geloven in een blijvend herstel en de negatieve emoties die zo ontstaan kunnen weer nieuwe klachten genereren.

*Zo kun je in een vicieuze cirkel belanden: Krachtige emoties kunnen een psychiatrische aandoening uitlokken en die aandoening roept weer nieuwe emoties op, die op hun beurt de ziekte in stand houden of zelfs versterken.*

Een transpersoonlijke aanpak helpt niet alleen om het probleem bij de oorsprong aan te pakken, als verklaringsmodel is het ook minder belastend. Wanneer je ernstige problemen hebt en vervolgens

vanuit een biologische benadering te horen krijgt dat je aandoening ongeneeslijk is dan zal dat een zware emotionele belasting voor je zijn die nog eens wordt toegevoegd aan de al bestaande trauma's. De transpersoonlijke verklaring gaat ervan uit dat met het wegnemen van de emotionele onbalans ook het probleem kan worden opgelost. Patiënten zullen daar zelfvertrouwen en innerlijke kracht aan kunnen ontlenu.

### **Transpersoonlijke psychodiagnostiek**

Vanuit een transpersoonlijke benadering is de DSM diagnose niet bijzonder informatief. De klachten die door de patiënt worden ervaren geven nauwelijks aanwijzingen voor de behandeling die noodzakelijk is om de problemen op te lossen. Een werkelijke oplossing vereist allereerst een inventarisatie van de trauma's die in het emotionele lichaam liggen opgeslagen. Een eenvoudige oefening kan ons daarbij helpen.

Stel je voor dat je, op een mooie zomerochtend, aan het strand loopt, helemaal alleen en je geniet van de warmte van de zon en het geluid van de meeuwen en de branding. Hoe voel je je dan, welk cijfer zou je jezelf geven? Misschien wel een 8.

Dan zie je in de verte iemand aan komen lopen. Op een gegeven moment herken je die persoon, het is jouw geliefde. Hoe voel je je nu en welk cijfer geef je jezelf? Een 9?

Het is duidelijk dat de ontmoeting met iemand die je graag mag positieve gevoelens veroorzaakt, het maakt je blij en je voelt je op slag beter.

Nadat je van deze persoon afscheid hebt genomen wandel je weer verder en na enige tijd zie je opnieuw iemand aan komen lopen. Dat is iemand die je al jaren niet meer hebt gezien maar met wie je al heel lang overhoop ligt. Zodra je die persoon herkent voel je dat je maag samenkrimpt en dat er een golf van boosheid door je heen trekt. Die persoon veroorzaakt een grote spanning in je lichaam ook al was je zijn bestaan bijna vergeten. Welk cijfer geef je jezelf nu? Een 4?

Nadat je opnieuw afscheid hebt genomen en weer tot rust bent gekomen wandel je verder over het strand en dan zie je daar in de verte wat nevel hangen over het strand. Wanneer je dichterbij komt dan worden in die nevel structuren zichtbaar en dan herken je daarin de afdeling van het ziekenhuis waarin je opgenomen bent geweest. Je herkent de mensen die je daar ontmoet hebt en alle herinneringen komen omhoog. Je voelt de spanning toenemen en de gevoelens van machteloosheid en verwarring en als cijfer geef je jezelf een 3! Snel loop je verder en je richt je aandacht weer op de zee en het strand en al snel voel je je weer beter.

Het is duidelijk dat de herinnering aan mensen en situaties die we vanuit het verleden kennen oude gevoelens in ons wakker roept. Maar het zijn niet alleen de emoties die we ervaren. Bij positieve emoties kunnen we ook een gevoel van vitaliteit en expansie krijgen. Bij negatieve emoties zijn we niet alleen somber of boos maar voelen we ons ook beklemd of verstart. Blijfe ontmoetingen geven ons een levendig gevoel maar vervelende herinneringen kunnen spanningen veroorzaken waardoor we helemaal van slag kunnen raken. Die positieve of negatieve gevoelens zijn niet alleen in ons werkzaam wanneer we ons daarvan bewust zijn. Die energieën zijn ook actief wanneer we niet aan die personen of situaties denken. Wanneer we veel liefdevolle mensen om ons heen hebben dan zullen we ons als gevolg daarvan gesterkt voelen. Slechte herinneringen en een traumatisch verleden zullen ons voortdurend maar veelal onbewust, belasten met grote innerlijke spanningen. Het zijn deze spanningen die ons als een stoorzender belagen en die, als de spanning maar groot genoeg is en als de persoon maar kwetsbaar genoeg is, uiteindelijk een psychiatrische aandoening kunnen veroorzaken.

Vanuit ons onderbewustzijn zenden de negatieve emoties die in ons liggen opgeslagen een continue stroom van verwarrende gevoelens uit waarvan we doorgaans helemaal geen weet hebben. Pas wanneer we geconfronteerd worden met een psychiatrische diagnose ontdekken we misschien dat we heel veel negatieve gevoelens met ons meedragen. Dat inzicht komt dan zelden als een



verrassing. Ook psychiatrische patiënten die nooit met hun emoties zijn geconfronteerd realiseren zich doorgaans heel goed dat er diep van binnen iets in hen borrelt. De vraag is alleen wat daar precies zit en hoe je dat vervolgens kwijtraakt. Een manier om daar achter te komen is door een lijst te maken met personen en situaties waaraan men slechte herinneringen heeft en door vervolgens al die personen en situaties de revue te laten passeren, als opeenvolgende ontmoetingen aan het strand. Zo kun je tot een eerste inventarisatie komen van de omvang van het probleem. De volgende stap is om deze verschillende ontmoetingen, in een visualisatie, meer in detail te onderzoeken en de problemen die je daarbij tegenkomt, ook weer in de visualisatie, op te lossen.

Binnen de psychiatrie is er over het algemeen weinig aandacht voor het oplossen van emotionele trauma's. Het is ook veel gemakkelijker om medicijnen voor te schrijven dan om een trauma op te lossen en het kost maar een fractie van de tijd. Regelmatig ontmoet ik dan ook cliënten die soms al tientallen jaren onder psychiatrische behandeling zijn en een groot aantal therapeuten hebben gezien maar bij wie in al die jaren nog nooit is geïnformeerd naar eventuele emotionele problemen. Wanneer die wel aan de orde komen dan zijn ze daarmee nog niet opgelost. De psychotherapie heeft weinig middelen om emotionele trauma's op te ruimen. EMDR is de aanbevolen werkwijze maar schiet vaak tekort en andere benaderingen zijn dikwijls omslachtig en weinig effectief. Geen wonder dus dat veelal wordt gekozen voor medicatie om de ergste symptomen te kunnen wegnemen.

Het oplossen van ernstige trauma's bij mensen met een labiele psychische gezondheid is daarbij een delicate zaak waar therapeuten zich liever niet aan wagen. Mensen die op de rand van een psychose balanceren hebben behoefte aan rust en stabiliteit. Hen op dat moment aanspreken op hun problemen is vaak geen goed idee. Daarbij zijn trauma's dikwijls ver in het onderbewustzijn weggestopt en dat is niet zonder reden. Zo hoef je ze niet te voelen en ben je in staat om ondanks alle problemen uit het verleden toch een zekere stabiliteit te ervaren. Maar zolang ze zijn weggestopt kun je ze niet oplossen en blijven ze als een onbewuste stoorzender je gezondheid beïnvloeden. Voor werkelijke genezing moeten de trauma's worden weggenomen en voor een volledig herstel moeten niet alleen de oppervlakkige maar ook de dieperliggende en meest belastende trauma's worden opgelost. Alleen zo kan het emotionele lichaam herstellen en kunnen de klachten verdwijnen.

Om ze op te ruimen hoeven die trauma's zeker niet opnieuw te worden doorleefd. Ze moeten wel opnieuw -voorzichtig- in herinnering worden gebracht. Dat is doorgaans al voldoende om de problemen met behulp van een geleide visualisatie op te kunnen ruimen en bij een juiste benadering is dat ook bij labiele patiënten mogelijk. Wanneer de patiënt bijzonder kwetsbaar is kan ook gevraagd worden om in gedachten terug te gaan naar de belastende ervaringen, zonder daarbij de ogen te sluiten. Door het grootste deel van de bewuste aandacht gericht te houden op de alledaagse omgeving voorkom je dat de patiënt zich tijdens de behandeling teveel verliest in zijn innerlijke beelden. Door deze werkwijze kunnen zelfs bij kwetsbare patiënten ernstige trauma's worden weggenomen.

De belangrijkste voorwaarde voor succes is dat de cliënt er een zekere affiniteit mee moet hebben. De belangstelling van de betrokkene voor deze methode is dan ook een beoordelingscriterium om te bepalen of de werkwijze effectief zou kunnen zijn. Een tweede criterium is het vermogen van de cliënt om te kunnen visualiseren. Het gaat er daarbij niet om dat mensen persé duidelijke beelden moeten kunnen zien, veel meer gaat het om een innerlijk weten dat inzicht verschaft. Verreweg de meeste mensen kunnen dit wel in meer of mindere mate maar wanneer men zich daar helemaal niets bij kan voorstellen dan zal de effectiviteit van deze werkwijze ook beperkt blijven.

### **Behandelresultaten**

De resultaten die op deze manier worden bereikt kunnen hoopgevend worden genoemd. Bij personen met totaal verschillende problemen zoals angst- en dwangstoornissen en depressies maar

ook bij heel andere diagnoses zoals erectiestoornissen en relatieproblemen, zijn goede resultaten bereikt. Bij een groep van 13 mensen met een bipolaire stoornis, die gemiddeld al 10 jaar onder psychiatrische behandeling stonden, is het verloop van hun klachten gemeten met behulp van een vragenlijst, SCL-90. Daarbij bleek dat na een behandeling van twee maanden nog maar 43% van hun oorspronkelijke klachten over was. Na 4 maanden waren die klachten gereduceerd tot gemiddeld 35%. Dit kon worden bereikt met ongeveer één therapiesessie per twee weken. De resultaten die op deze manier werden bereikt zijn vrij stabiel. Ook na lange tijd bleef de kwaliteitswinst behouden.

### **BIPOLAIRE STOORNIS: KLACHTENREDUCTIE met transpersoonlijke therapie (gecorrigeerd\*)**

resultaat per 1 december 2011

Geslacht	Leeftijd jr	Diagnose jr	SCL-90	RESTKLACHTEN NIVEAU							
			bij	na	na	na	na	na	na		
			intake	2 mnd	4 mnd	6 mnd	8 mnd	10 mnd	1 jaar		
Cliënt 1	v	31	2	197	62%	45%	16%	therapie beëindigd			
Cliënt 2	v	49	1 (20)	221	72%	41%	40%	15%	9%	t b	
Cliënt 3	v	39	11	219	52%	46%	1%	21%	0%	t b	
Cliënt 4	v	48	3	183	8%	therapie beëindigd					
Cliënt 5	m	61	27	205	38%	100%	71%	29%	92%	t b	
Cliënt 6	m	62	4	163	17%	0%	0%	0%	therapie beëindigd		
Cliënt 7	v	65	1 (5)	182	43%	57%	47%	18%	therapie beëindigd		
Cliënt 8	v	46	3	122	0%	0%	0%	therapie beëindigd			
Cliënt 9	m	40	6	157	23%	0%	therapie beëindigd				
Cliënt 10	m	30	5	224	63%	48%	56%				
Cliënt 11	v	37	1	238	76%	49%					
Cliënt 12	v	57	12 (25)	275	39%	23%	therapie beëindigd				
Cliënt 13	v	54	22	193	67%	34%					
<b>Gemiddeld</b>		<b>44</b>	<b>10</b>	<b>198</b>	<b>43%</b>	<b>35%</b>					

\* ) 0% klachten is een SCL-90 score van 110 of minder

### **Transpersoonlijke psychotherapie**

Binnen de transpersoonlijke psychiatrie worden verschillende benaderingen toegepast die allemaal hun eigen kwaliteiten hebben. De werkwijze die hieronder wordt besproken heeft veel overeenkomsten met vipassana meditatie en heeft goede resultaten opgeleverd bij een verscheidenheid aan psychiatrische aandoeningen.

Uitgangspunt bij deze benadering, die gericht is op het schoonmaken van de energieën in het emotionele lichaam, is de aanname dat het hierbij om een autonome realiteit gaat. De emotionele wereld is *niet* het product van onze fantasie. Ze bestaat -tot op zekere hoogte- onafhankelijk van onze meningen en overtuigingen zoals ook de fysieke werkelijkheid een zelfstandige realiteit is die onafhankelijk van ons bestaat. De biologische psychiatrie is erop gericht om de verstoringen in de fysieke werkelijkheid te corrigeren. De transpersoonlijke psychiatrie is er vooral op gericht om de verstoringen in de emotionele werkelijkheid te corrigeren. In beide realiteiten moet je de weg leren kennen en weten wat te doen om problemen op te lossen zonder nieuwe te veroorzaken.

Nauwkeurig waarnemen en zorgvuldig werken is daarom noodzakelijk, zowel in de fysieke als in de emotionele werkelijkheid. Wanneer we nauwkeuriger leren te kijken zullen er meer details zichtbaar worden en ontstaan er meer inzichten die aanknopingspunten bieden voor een verder herstel. In de emotionele wereld openbaart zich dan een gedetailleerd landschap dat essentiële informatie bevat voor het herstel van psychiatrische aandoeningen.

Bij deze therapie kunnen twee elementen worden onderscheiden:

1. de vorming van het innerlijke beeld en
2. het vermogen dit beeld te manipuleren.

Bij onze ontmoeting aan het strand ontstond een innerlijk beeld waarbij we blijheid, boosheid of andere emoties konden ervaren. Die emoties gingen samen met energetische gevoelens van vitaliteit of beklemming. Het zijn deze energetische aspecten die we in de therapie proberen te veranderen en

dat doen we door middel van onze aandacht.

Denk maar eens, gedurende 10 of 20 seconden, aan je rechterhand. Wat merk je dan? Waarschijnlijk gaat deze hand anders aanvoelen dan je linkerhand; hij zal wat tintelen of wat warmer zijn. Door je aandacht gedurende enkele seconden op je hand te richten zal de energie in die hand merkbaar veranderen. We zien dus dat we door middel van onze aandacht energieën in ons lichaam in beweging kunnen brengen. *Als we verstoorde energieën met behulp van visualisatietechnieken kunnen opsporen en deze vervolgens met behulp van onze aandacht corrigeren dan zijn we op weg naar herstel van een (psychiatrisch) probleem.* Dit is wat we in de vipassana meditatie doen en ditzelfde doen we ook in de transpersoonlijke psychiatrie.

Dat problemen onder invloed van onze aandacht kunnen oplossen zien we niet alleen bij vipassana meditatie en transpersoonlijke visualisaties, we vinden dit in elke therapievorm terug. Therapeutisch tekenen en autobiografisch schrijven zijn daar voorbeelden van. Het zijn bekende methoden van traumaverwerking waarbij het tekenen en het schrijven in feite slechts tot doel hebben de aandacht te richten op de ervaringen die men probeert te verwerken. Transpersoonlijke visualisaties zijn echter veel effectiever omdat daarbij de verstoorde energie rechtstreeks wordt benaderd en gecorrigeerd. Hierdoor kom je direct tot de kern van het probleem.

Omdat iedereen anders is en andere problemen heeft zijn de innerlijke beelden die je van mensen kunt ervaren net zo uniek als de beelden die we zien in de fysieke werkelijkheid. Voor het corrigeren van die beelden is steeds weer een andere aanpak vereist om effectief te kunnen zijn. Daarin ligt ook het belang van het creëren van een zo gedetailleerd mogelijk innerlijk beeld. Hoe nauwkeuriger we dit kunnen waarnemen, des te preciezer we het ook kunnen bewerken. Gelukkig zijn er daarnaast ook grote onderlinge overeenkomsten aan te wijzen tussen verschillende mensen. Hierdoor kan een algemeen beeld worden geschetst van de transpersoonlijke benadering zoals die hier wordt bedoeld.

In grote lijnen ziet deze er als volgt uit.

We beginnen met een ontspanningsoefening waarbij de cliënt wordt meegenomen naar een kalm landschap. Hij gaat dan tegen een boom zitten en stelt zich daarbij voor dat hij de kalmte en de rust van de boom in zichzelf kan ervaren. De wortels van de boom zijn zijn eigen benen en van daaruit ervaart hij hoe hij stevig verankerd staat op de aarde. Deze inleiding verschaft de nodige stabiliteit om met de eigenlijke oefening te kunnen beginnen.

Vanuit die stevigheid kijkt hij om zich heen en dan ziet hij in de verte iemand aan komen lopen. Wanneer die persoon dichterbij komt dan herkent hij hem, het is iemand met wie hij een probleem heeft. Bij die ontmoeting wordt de onderlinge spanning al snel voelbaar. Vervolgens gaan beide personen tegenover elkaar zitten, de spanning die wordt ervaren manifesteert zich dan als energiepatronen die, bij aandachtige waarneming als het ware uitkristalliseren. Zittend tegenover zijn bezoeker kan de patiënt zich verkramppt voelen, het is alsof hij ingesnoerd zit, vast zit in een cocon van fijne draden of ingemetseld in een stenen kerker. Vervolgens wordt de patiënt geholpen zich uit deze beperking te bevrijden, door de cocon open te knippen of door het metselwerk met een hamer te vernietigen. Van belang is daarbij dat de patiënt zelf een actieve rol speelt, hij moet het zelf doen! Wanneer de betrokkene zich uit dat beeld bevrijdt dan bevrijdt hij zich ook uit het gevoel van beklemming. Hij zal ruimte en opluchting ervaren en een toegenomen gevoel van autonomie. Nadat de cliënt eerst zichzelf heeft bevrijd kan hij onderzoeken wat zijn bezoeker nodig heeft in deze situatie en of hij hem daarbij ook kan helpen. Doorgaans is deze persoon met dezelfde blokkade verbonden en wanneer de cliënt ook zijn bezoeker kan helpen zich daaruit te bevrijden dan zal hem dit een extra gevoel van kracht en autonomie geven en tegelijkertijd de relatie met de betrokkene aanzienlijk verbeteren. Vervolgens kan de cliënt zijn bezoeker nog vergeven of bedanken en ze kunnen afscheid van elkaar nemen waarbij de bezoeker zich daadwerkelijk weer uit

het beeld kan verwijderen.

Wanneer het probleem van de cliënt verband houdt met een ziekenhuisopname dan kan hij zichzelf waarnemen in deze situatie. Je werkt dan met twee deelaspecten van de cliënt. Het ontspannen 'zelf' van hem dat tegen de boom heeft gezeten ziet dan het angstige of verwarde 'zelf' zoals het zich in het ziekenhuis bevond. Vervolgens kun je onderzoeken wat er in het ziekenhuis is gebeurd en welke positieve kwaliteiten deze ervaring heeft gebracht, ze heeft bijvoorbeeld levenservaring of inzicht opgeleverd. Er is altijd een kwaliteit te vinden die deze ervaring waardevol heeft gemaakt, hoe pijnlijk ze ook was. Het verwarde 'zelf' is zich daar niet van bewust maar het kalme 'zelf' kan dat wel zien. Het kalme 'ik' kan vervolgens het verwarde 'ik' troosten en ondersteunen waardoor het weer rustig wordt. Beide zelden kunnen vervolgens met elkaar versmelten. Daarmee is de spanning die deze situatie met zich heeft meegebracht opgelost. Na afloop van de oefening zal de cliënt zich wat 'omgewoeld' voelen, een verwarring die na enkele dagen zal verdwijnen en uiteindelijk zal er een merkbaar andere houding zijn ontstaan ten aanzien van de traumatische ervaring.

Hoewel de cliënt bij de visualisatie de situatie tot op zekere hoogte aan den lijve moet ervaren is het aan de therapeut hem door de ervaring heen te loodsen. De cliënt is te betrokken en heeft te weinig afstand om te weten wat nodig is voor het corrigeren van het innerlijke beeld. Het is daarom wenselijk dat de therapeut die beelden kan volgen en zijn cliënt als het ware bij de hand kan nemen om te doen wat in de gegeven situatie noodzakelijk is.

Er kan bij deze werkwijze een eindeloze verscheidenheid aan innerlijke beelden zichtbaar worden die elk een andere aanpak vereisen. Toch is het oplossen van die problemen doorgaans verrassend eenvoudig. Uitgangspunt is steeds dat de emotionele wereld wordt geaccepteerd als een feitelijk en objectief gegeven zoals ook de fysieke wereld objectief en tastbaar voor ons ligt. De beste manier om obstakels uit de weg te ruimen is het van de situatie af te laten hangen wat er moet gebeuren. Als in de alledaagse realiteit de auto kapot is of de waterleiding is gesprongen dan bepaalt die constatering wat er nodig is voor herstel. In de emotionele wereld worden problemen op een vergelijkbare manier opgelost. Het beeld dat zich openbaart geeft zelf aan wat er nodig is voor herstel.

Soms werkt deze benadering snel en efficiënt maar het kan ook gebeuren dat de moeilijkheden niet in één keer zijn opgelost en dat de oefening na verloop van tijd moet worden herhaald. Dan zal blijken dat de innerlijke beelden de tweede keer anders geworden zijn, dat de problemen een andere structuur hebben gekregen en op een andere manier moeten worden benaderd. Veelal zal ook blijken dat na het oplossen van de eerste klachten een nieuwe laag met dieperliggende problemen zichtbaar wordt. De eerste laag houdt dan verband met meer acute klachten. De volgende lagen hebben betrekking op steeds dieperliggende patronen die fundamenteeler aanvoelen, zoals persoonlijke eigenaardigheden. Die zou je niet direct als een aandoening willen omschrijven maar ze kunnen je wel in de weg zitten zoals een fundamenteel gevoel van onzekerheid of het gevoel een buitenstaander te zijn, er niet bij te horen. Bij personen met ernstige en langdurige psychiatrische aandoeningen zal het afpellen van de vaak opeenvolgende trauma's geruime tijd vergen. Herstel is dan lastig, vooral als mensen daarbij ook nog problemen hebben in hun sociale omgeving. Als ze geen werk hebben en geen relatie waarop ze terug kunnen vallen en wanneer ze al lange tijd medicijnen gebruiken met alle bijwerkingen van dien. Bovendien heeft men zich na verloop van vele jaren zo geïdentificeerd met zijn ziekte dat men zich niet meer kan voorstellen dat herstel nog mogelijk is. Je *hebt* dan geen ziekte, je *bent* je ziekte geworden. Een patiënte mailde me eens dat ze de behandeling wilde beëindigen. Ze zag haar herstel als verraad aan haar zieke 'ik' . Niet onbelangrijk daarbij is het feit dat patiënten vaak gedurende vele jaren te horen hebben gekregen dat hun aandoening biologisch bepaald is en feitelijk ongeneeslijk, waardoor het vertrouwen in herstel volledig verloren is gegaan. Hoe korter de ziektegeschiedenis van de patiënt,

hoe minder trauma's er op elkaar zijn gestapeld, des te gunstiger zal daarom het te verwachten resultaat zijn.

## De Getuige

Een geveugelde uitdrukking binnen Boeddhistische en andere oosterse tradities is: 'Ik ben niet mijn lichaam, ik ben niet mijn emoties en ik ben niet mijn gedachten. Ik ben de getuige van dat alles'. Het is die getuige waar ook mindfulness meditatie naar verwijst. Maar wat verstaan we daar eigenlijk onder? Als getuige functioneren we op zielsniveau. Emoties, gedachten en zielsbewustzijn zijn drie verschillende vormen van bewustzijn die alledrie volstrekt verschillend van aard zijn. Gewoonlijk vloeien ze in elkaar over maar door het richten van onze aandacht kunnen we ze ook afzonderlijk ervaren.

1. bij intense emoties is er geen ruimte voor het denken
2. het zuivere denken is emotieloos
3. zielsbewustzijn is vrij van emoties en vrij van gedachten, het is een kalm weten, mild en liefdevol.

Deze drie bewustzijnsaspecten vormen geen vaststaand en onveranderlijk gegeven, de manier waarop we ze ervaren is afhankelijk van de mate waarin ze zijn ontwikkeld. In de loop van ons leven zal die ontwikkeling toenemen met als gevolg dat zowel onze emoties als ons denken een grote verandering doormaken. Daarbij zal het denken zich steeds nadrukkelijker manifesteren, ten koste van de emoties. Een vergelijkbaar patroon vinden we ook in de ontwikkeling van ons zielsbewustzijn. Ook dit zal zich in de loop van de tijd steeds nadrukkelijker kenbaar kunnen gaan maken en daarbij zowel het denken als de emoties gaan overstemmen.

De emoties verwijzen daarbij naar het pré-persoonlijke, het denken naar het persoonlijke en de ziel vertegenwoordigt het transpersoonlijke bewustzijnsniveau. De ziel omvat en overstijgt de emoties en de gedachten. Vanuit de ziel zijn we vertrouwd met onze emoties en gedachten maar we kunnen ons daar tegelijkertijd ook van distantiëren; angst en verwarring hebben dan hun greep op ons verloren. De ziel is het bewustzijnsniveau waar Boeddha over sprak toen hij het had over een plek waar het lijden ophoudt te bestaan en de transpersoonlijke psychiatrie helpt ons dat te bereiken.

De ziel is geen vage abstractie en kan door de meeste mensen worden ervaren. Een kleine oefening kan dat verduidelijken. Ga gewoon staan. Voel hoe je voeten contact maken met de vloer, voel je gewicht naar beneden zakken, ervaar hoe het zwaartepunt van je lichaam bij je bekken komt te liggen merk hoe je hoofd leeg wordt. *In die stilte, wanneer gedachten en emoties tot rust komen, kun je de ziel ervaren.* Deze wordt niet begeleid door extatische gevoelens of andere ophef. Ze is een volkomen onopvallende kalme onverstoornis<sup>7</sup>. Met de oriëntatie op de ziel ontstaat er rust in ons bewustzijn. De dagelijkse problemen waarmee we gewoonlijk zo kunnen worstelen verliezen hun lading wanneer we daar vanuit de ziel naar kijken. Het blijken dan gewone opgaven te zijn waarvoor we een oplossing moeten zien te vinden maar waaruit de dramatiek verdwenen is. Waarom? Omdat de ziel geen emoties kent. De ziel wordt gekenmerkt door een afwezigheid van emoties en gedachten en die leegte wordt bijna onopvallend gevuld door liefdevolle wijsheid, een kalme acceptatie van datgene wat er is.

Helaas zal ons zielsbewustzijn doorgaans ook weer snel naar de achtergrond van ons bewustzijn verschuiven omdat emoties en gedachten zich voortdurend aan ons opdringen. Ze zullen onze volle aandacht weer opeisen en daarmee wordt de ziel onzichtbaar. Het kalme beeld dat de ziel ons toont wordt dan vertroebeld en onze min of meer vertrouwde onrust keert weer terug. We zien dus dat er

---

<sup>7</sup> Het zielsbewustzijn ligt, volgens esoterische benaderingen, in het verlengde van het mentale bewustzijn, het is kalm en rustig. Mystieke extase hoort niet tot het domein van de ziel maar komt voort uit een transpersoonlijk bewustzijnsgebied dat in het verlengde ligt van de emoties. Beide transpersoonlijke gebieden zijn volstrekt verschillend van karakter.

in ons bewustzijn een soort strijd wordt gevoerd tussen gedachten en emoties aan de ene kant en zielsbewustzijn aan de andere kant. Hoe verwarrender ons denken en hoe heftiger onze emoties, des te meer ze onze aandacht vragen en des te minder ruimte er voor onze ziel over blijft. Pas wanneer we onze trauma's hebben opgelost en onze emoties tot rust zijn gekomen zullen we meer vanuit dat zielsbewustzijn kunnen gaan functioneren. Traumaverwerking geeft dus ruimte aan de ziel, het is een vorm van bewustzijnsontwikkeling. Therapie die gericht is op het oplossen van trauma's maakt hogere bewustzijnsniveaus voor ons toegankelijk. Het gaat daarbij niet om een geloof of een dogma maar om een proces dat experimenteel kan worden onderzocht.

Psychiatrische aandoeningen werden van oudsher gezien als zielsziekten maar bij nadere beschouwing blijkt het niet de ziel te zijn die behandeld moet worden. Het is het emotionele lichaam dat verzorging nodig heeft waardoor het tot rust kan komen. In die rust kunnen we de ziel ervaren. Het emotionele lichaam vertegenwoordigt het pré-persoonlijke bewustzijnsniveau en door dit te helen kunnen we verbinding krijgen met het transpersoonlijke. Het hogere kunnen we bereiken door het lagere te voltooien.

### **Samenvatting**

Er zijn redenen om aan te nemen dat psychiatrische ziekten niet de afgebakende aandoeningen zijn zoals door de DSM classificatie wordt gesuggereerd. Veel wijst erop dat het in werkelijkheid gaat om transdiagnostische complexen die een verscheidenheid aan aandoeningen kunnen veroorzaken. Deze complexen worden enerzijds bepaald door de genetisch kwetsbaarheid van de betrokkene. Anderzijds hangen ze samen met de omgevingsfactoren die onverwerkte emotionele trauma's hebben achtergelaten. Vanuit de transpersoonlijke psychiatrie worden deze trauma's opgevat als feitelijke structuren die zich op een subtiel niveau van de werkelijkheid bevinden. Onverwerkte emoties hebben een versturende invloed op zowel het lichaam als op de geest en een opeenhoping van een groot aantal onverwerkte trauma's kan daardoor een ernstige belasting vormen voor de gezondheid van de betrokkene. De biologische psychiatrie is erop gericht de hierdoor ontstane klachten te onderdrukken. Medicatie vermindert de klachten maar neemt de oorzaak van het probleem niet weg. De transpersoonlijke psychiatrie is er -mede- op gericht deze emotionele trauma's weg te nemen. Dit kan worden gedaan met behulp van visualisatie technieken die aan het Boeddhisme zijn ontleend en waarbij emotionele trauma's als feitelijke structuren kunnen worden ervaren. Vervolgens kan dit innerlijke beeld zodanig worden veranderd dat er een nieuwe realiteit wordt gevormd en de klachten oplossen. Met behulp van deze benadering kan, bij een verscheidenheid aan psychiatrische en andere aandoeningen, in korte tijd een aanzienlijke klachtenreductie worden bereikt.

Kees Aaldijk  
tel.: 06-14274293  
kees.aaldijk@gmail.com  
www.transpersoonlijk.nl

Soest, april 2012