

De noodzaak tot vernieuwing

Inleiding bij het handboek Transpersoonlijke Traumatherapie

De beperkingen van de GGZ

De taak van de GGZ is het oplossen of verminderen van psychische klachten en gelukkig worden daarbij vaak goede resultaten bereikt. Mede door het gebruik van psychofarmaca vinden veel mensen een oplossing voor hun probleem of worden hun klachten zoveel minder dat ze weer een min of meer normaal leven kunnen leiden. Veel mensen zijn dan ook heel tevreden met hun behandeling bij de GGZ. Maar helaas vallen de resultaten soms ook tegen. Naast de succesverhalen zijn er ook grote groepen patiënten die niet of nauwelijks op de behandeling blijken te reageren en niet zelden neemt de ernst van hun klachten in de loop van de tijd alleen maar toe. Met behulp van Transpersoonlijke Traumatherapie kunnen velen van hen alsnog worden geholpen.

Het essentiële verschil tussen de reguliere GGZ en Transpersoonlijke Traumatherapie is dat de eerste vooral is gericht op het verminderen van klachten, de tweede is gericht op het wegnemen van de dieper liggende oorzaken van die klachten. Dit zijn vrijwel altijd emotionele trauma's die grotendeels in het onderbewustzijn verborgen liggen.

Het begrip 'transpersoonlijk' werd enkele decennia geleden geïntroduceerd door Stanislav Grof en aansluitend verder theoretisch uitgewerkt door Ken Wilber. Het betreft datgene wat de persoonlijkheid overstijgt. De persoonlijkheid is het samenhangende geheel van ons fysieke lichaam met onze emoties en gedachten. Het transpersoonlijke ligt dus feitelijk voorbij onze hele menselijke belevingswereld. Daardoor is dit begrip in eerste instantie moeilijk te bevatten en is het werken ermee een lastige uitdaging. Toch maakt het transpersoonlijke bewustzijn deel van ieders belevingswereld en met wat oefening is het niet al te moeilijk daar ook bewust en doelgericht mee om te gaan.

Eigenlijk is mindfulness het meest bekende voorbeeld van transpersoonlijk bewustzijn. Mindfulness is een manier om onszelf te observeren. Het stelt ons in staat ons fysieke lichaam, onze emoties en gedachten als het ware vanaf een afstandje te bekijken en het plaatst ons daarmee buiten ons alledaagse waarnemingskader, buiten de persoonlijkheid. We worden dan de waarnemer van onszelf. Dan zijn we in staat om vanuit een kalm en mild gewaarzijn onze eigen emoties en gedachten te zien als objecten die zich buiten ons bevinden. Met behulp van mindfulness kunnen we onze problemen als vanaf een afstand waarnemen maar daarmee hebben we ze nog niet opgelost. Daarvoor moeten we als het ware dieper in die transpersoonlijke werkelijkheid doordringen.

Vanuit het *persoonlijke* is het *transpersoonlijke* een vaag begrip waar het denken geen vat op heeft en het is dus ook niet zo vreemd dat er vanuit de reguliere zorg een gezonde dosis wantrouwen bestaat tegen deze benadering. Veel weldenkende mensen zullen er zich er niets bij kunnen voorstellen en het als een illusie van de hand wijzen. Ze baseren zich liever op de concrete, tastbare werkelijkheid: onze biologische achtergrond. 'We zijn ons brein' is dan hun uitgangspunt. Bewustzijn, emoties en gedachten zijn vanuit deze benadering niets meer dan het product van onze hersenen. Verstoringen in ons bewustzijn moeten in deze visie dus wel veroorzaakt zijn door een verstoorde werking van de hersenen.

Ons fysieke lichaam beginnen we steeds beter te begrijpen. We weten wel zo ongeveer hoe spieren en botten en organen werken en hoe we verstoringen daarin kunnen genezen. Ons bewustzijn, ons eigenlijke zelf, wordt echter nog nauwelijks begrepen. We weten niet wat bewustzijn is, hoe het door de hersenen wordt geproduceerd. We begrijpen nauwelijks hoe verstoringen daarin ontstaan en hoe ze te verhelpen zijn.

Hier staan dus twee benaderingen van de werkelijkheid tegenover elkaar. De biologisch opvatting die ervan uitgaat dat het bewustzijn met al zijn eventuele problemen zijn oorsprong vindt in de hersenen en de transpersoonlijke die ervan uitgaat dat het bewustzijn de werking van de hersenen overstijgt. Op dit moment wordt de transpersoonlijke benadering nog als onwetenschappelijk van de hand gewezen terwijl de reguliere benadering als 'evidence based' wordt aangeprezen. Niets is helaas minder waar. De wetenschappelijke onderbouwing van veel methoden die in de reguliere zorg worden toegepast ontbreekt soms volledig en het grote aantal mensen met onbehandelbare psychische klachten laat zien dat veel 'evidence based' benaderingen vaak volstrekt tekort schieten.

Om de verschillen van inzicht en de acceptatie van nieuwe inzichten te begrijpen is het goed naar het werk van de Amerikaanse wetenschapsfilosoof Thomas Kuhn te verwijzen. Hij beschrijft het wetenschappelijke bedrijf als een sociologisch proces. Wetenschap ontwikkelt zich volgens hem niet als een logische opeenstapeling van objectieve feiten maar als een organisch geheel dat in belangrijke mate gestuurd wordt door sociale verhoudingen. Op bepaalde momenten zijn bepaalde inzichten gangbaar en afwijkende opvattingen worden als onwetenschappelijk van de hand gewezen. Dit is een proces dat meer te maken heeft met sociale acceptatie dan met wetenschappelijke onderbouwing. In een necrologie van 21 juni 1996 schrijft de Volkskrant over hem: *Kuhn verwerf internationale bekendheid met zijn in 1962 verschenen hoofdwerk The Structure of Scientific Revolutions, waarvan ruim een miljoen exemplaren in zestien talen zijn verschenen. In het boek beschrijft Kuhn hoe in ieder veld van wetenschapsbeoefening theorieën komen en gaan. Onderzoekers zijn geneigd zich te houden aan de gangbare theoretische opvattingen uit hun vakgebied en hun werk in die theoretische kaders in te passen tot het moment waarop er zo veel afwijkende, dan wel tegenstrijdige feiten zijn verzameld, dat een nieuw theoretisch kader kan doorbreken. Zo'n wisseling van theoretische inzichten wordt een paradigma-verschuiving genoemd, het moment in de historie waarbij sprake is van een wetenschappelijke revolutie. Heersende paradigma's kunnen lange tijd dienstig zijn, maar op een bepaald moment ook de voortgang van de wetenschap belemmeren. Eens zullen ze worden vervangen door andere paradigma's, die nieuwe inzichten blootleggen en nieuwe wegen openen, aldus Kuhn. Volgens Kuhn kan de wetenschap de werkelijkheid nooit volledig kennen; hypothesen zijn slechts waar of onwaar binnen het kader van het heersende paradigma.*

Het op dit moment heersende paradigma is het biologische model. Elke andere opvatting wordt daarbij geridiculiseerd. Omdat wetenschappelijke autoriteiten zich persoonlijk verbinden met een bepaalde benadering, wordt die benadering veel meer dan een objectieve wetenschappelijke bevinding. Het wordt een persoonlijke overtuiging, een 'geloofsopvatting'. Het afwijzen van zo'n opvatting is een persoonlijke afwijzing van degene die zich met die opvatting heeft verbonden. Het verzet tegen een nieuwe zienswijze is dan ook niet in de eerste plaats rationaal-wetenschappelijk. Het verzet is emotioneel. Autoriteiten zullen hun opvatting en daarmee hun gevoel van autoriteit tot hun levenseinde verdedigen en de afwijzing daarvan als een persoonlijke aanval opvatten. Nieuwe inzichten kunnen dan pas toegelaten worden wanneer de vertegenwoordigers van de oude hun gezag hebben verloren of zijn overleden. Dat is een belangrijke reden waarom wetenschappelijke ontwikkelingen langzaam en met horten en stoten gaan; aldus Kuhn.

De paradigma shift die hier nodig is, is die van het uitgangspunt dat klachten hun oorsprong vinden in de werking van de hersenen naar het inzicht dat klachten hun oorsprong vinden in een dieper niveau: het emotionele bewustzijn. Ook als die verstoring in de hersenen objectief wordt waargenomen dan nog blijkt dat deze helaas niet kan worden geheeld waardoor de patiënt niet kan genezen. Die verstoring in de hersenen wordt namelijk veroorzaakt door achterliggende emotionele trauma's en alleen door deze weg te nemen kan de patiënt werkelijk herstellen. Om deze verstoringen werkelijk te helen volstaat het daarom niet de hersenen te corrigeren. De verstoring moet in die diepere laag worden opgelost en daarvoor is een Transpersoonlijke benadering nodig.

Dit alles zou nog niet zo belangrijk zijn als het slechts een academisch verschil van inzicht zou betreffen. Het belang van deze zaak ligt in het feit dat, alleen al in Nederland, het levensgeluk van vele duizenden mensen hiermee verbonden is.

Problemen van de reguliere zorg

Voordat ik toekom aan een uitleg over de transpersoonlijke benadering wil ik graag aangeven in welk opzicht de huidige, biologische benadering, tekort schiet.

Laten we het daarom eens kijken naar de GGZ. Dat is een bedrijfstak waar jaarlijks € 6 miljard in omgaat en gelukkig gaat daarbij heel veel goed. Liefdevolle mensen zorgen voor -soms- ernstig zieke patiënten. Daar is dus helemaal niets mis mee, maar toch.

Laat ik een voorbeeld geven:

Karel is 34 jaar en heeft al sinds zijn 8ste dwanggedachten en sinds zijn 12de smetvrees. In de loop van de afgelopen 25 jaren heeft hij zeker gedurende 10 jaar therapie gehad, cognitieve gedragstherapie van wel 8 of 9 verschillende therapeuten.

Hij is 3 keer opgenomen geweest.

Hij heeft Deep Brain Stimulation gehad, daarbij worden elektroden diep in de hersenen geplaatst. Dat werkte gedurende een half jaar een beetje maar het effect is inmiddels helemaal verloren gegaan.

Hij gebruikt nu 60 mg Seroxat per dag.

En inmiddels zit hij arbeidsongeschikt thuis.

25 jaar therapie zonder resultaat.

De clou van deze zaak is dat zijn vader het gezin verlaten heeft toen hij 8 jaar oud was en na zijn 10de heeft hij hem nooit meer terug gezien. Dit feit is tijdens al die jaren therapie nooit ter sprake gekomen en wanneer ik dat als mogelijke oorzaak van zijn probleem te berde breng kan hij zich daar helemaal niets bij voorstellen. Volgens Karel is zijn dwangstoornis slechts een toevallig lot dat hem getroffen heeft.

Een ander voorbeeld:

Het verhaal van Maria, een vrouw van 46. Ze vertelde me dat ze 4 jaar geleden een burnout heeft gehad. Aansluitend is ze gereïntegreerd, maar dat mislukte, omdat dat allemaal veel te snel was gegaan. Toen begonnen de problemen voor haar pas echt.

Ze kreeg angsten en allerlei andere klachten en inmiddels heeft ze ook haar ontslag gekregen.

In de afgelopen 4 jaar heeft ze gedurende 2 jaar cognitieve therapie gehad. Ze heeft een psychose gehad en is depressief geworden. Ze is nu onder behandeling van een psychiater die haar antipsychotica voorschrijft. Ze heeft gesprekken met een sociaal psychiatrisch verpleegkundige die haar leert dat ze haar problemen moet accepteren en nu is ze voorgedragen voor dagbehandeling gedurende 4 dagen in de week. In de afgelopen 4 jaar heeft ze heel veel therapie gehad maar ondertussen heeft ze het gevoel dat haar problemen alleen maar groter zijn geworden en dat ze daar steeds dieper in wegzakt. Met of ondanks al die behandelingen is ze zich in de afgelopen jaren alleen maar ellendiger gaan voelen.

Het begon met een burnout en nu zit ze in de psychiatrie.

In Nederland hebben meer dan 2 miljoen mensen psychische klachten en zo'n 280 000 mensen hebben ernstige psychiatrische problemen.

Het gebruik van antipsychotica is in de afgelopen 10 jaar verdubbeld.

Het aantal langdurig zorgafhankelijken binnen de GGZ groeit met 8% per jaar.

Dat klinkt allemaal heel nuchter en zakelijk maar stel je eens voor dat je één van die 280 000 mensen bent, sta er eens bij stil wat dat voor je betekent en realiseer je dat je leven volledig is ingestort. Als therapeut zeg je misschien: 'jammer dan', en je gaat verder met je leven maar Karel en Maria kunnen niet verder met hun leven.

Als patiënt voel je je ellendig, je raakt je werk kwijt en misschien ook nog wel je relatie. Je raakt je leven kwijt zoals je dat kende. Dat kunnen we als een min of meer onvermijdelijk gegeven accepteren. Spijtig genoeg gebeuren die dingen nu eenmaal. Maar kan het ook anders?

Vaak niet. Maar vaak ook wel.

Ik denk dat veel van die 280 000 mensen die nu als het ware zijn afgeschreven gewoon kunnen herstellen. Het gaat in Nederland dan over tienduizenden mensen die je hun leven terug kunt geven.

En dan zijn er ook nog al die mensen met min of meer 'gewone' psychische klachten die min of meer normaal functioneren maar die met hun klachten toch misschien wel hun hele leven worstelen en die hun sores ook weer doorgeven aan de volgende generatie.

Zo zijn er in Nederland jaarlijks 35.000 echtscheidingen waarbij 70.000 minderjarige kinderen betrokken zijn. Bij veel van die echtscheidingen spelen de psychische problemen van één of misschien wel van beide partners een doorslaggevende rol. Je zou dus kunnen zeggen dat die scheidingen voor een belangrijk deel het gevolg zijn van psychische problemen. De kinderen die daarbij betrokken zijn kunnen door de echtscheiding en de daarmee samenhangende spanningen in het gezin ook beschadigd worden en getraumatiseerd raken. Dat zal op hun beurt weer gevolgen hebben voor de relaties die zij later zelf aangaan en ook zij zullen t.z.t. met hun psychische klachten misschien weer bij een hulpverlener terecht komen. Bijvoorbeeld omdat ze zich angstig of onzeker voelen.

Op elk moment zijn er in Nederland ook meer dan een miljoen mensen die angst en dwangklachten hebben. Dat zijn meer dan 400.000 mannen en meer dan 600.000 vrouwen. Veel van die mensen hebben hun leven lang angstklachten, ondanks alle behandelingen die ze krijgen. Vorig jaar was er op RTL 5 een programma dat heette *Levenslang met Dwang*. Die titel zegt al genoeg natuurlijk. In dat programma werd een groep patiënten, samen met een aantal therapeuten, meegenomen naar Thailand. Daar kregen ze een 'state of the art' behandeling aangeboden. Die patiënten hadden allemaal al jarenlang ernstige problemen en eerdere behandelingen waren dus nooit voldoende effectief geweest. Waaruit bestond die behandeling in Thailand? Inderdaad, uit cognitieve gedragstherapie die erop gericht was die dwanghandelingen te onderdrukken. Waarom werkt deze 'state of the art' therapie in veel gevallen niet of onvoldoende? Omdat de behandeling is gericht op de symptomen, niet op de onderliggende problematiek.

Reguliere psychotherapie beperkt zich veelal tot symptoombestrijding. Vaak werkt dat heel redelijk of het geeft in ieder geval een tijdelijke verlichting zodat de patiënt weer een poosje verder kan. Maar de onderliggende problematiek wordt bij die behandeling doorgaans genegeerd of ontkend. Therapie is vaak gericht op het leren omgaan met je probleem. Leren er het beste van te maken, psycho-educatie. Patiënten weten dan heel goed dat de behandeling die ze krijgen niet raakt aan de kern van hun probleem maar ze hebben doorgaans weinig keus.

Het is in de GGZ algemeen geaccepteerd dat veel aandoeningen samenhangen met onderliggende trauma's en hoe meer trauma's er zijn, des te ernstiger ook de aandoening kan zijn. Er wordt hier alleen niet zoveel mee gedaan omdat de meeste en de belangrijkste trauma's uit het zicht van de patiënt en uit het zicht van de behandelaar blijven. Ik gebruik het begrip *Trauma* hier in een wat ruimere betekenis van het woord.

De aandoening van de patiënt kan veelal worden gezien als het resultaat van een aantal opeenvolgende emotionele verstoringen, eventueel in combinatie met een aangeboren kwetsbaarheid. Wanneer de behandeling faalt dan levert dat weer een nieuwe emotionele verstoring op, een nieuw trauma.

De aandoening van de patiënt veroorzaakt ook problemen in relaties, in het maatschappelijk functioneren en in de werksituatie. Dat levert dan weer even zovele nieuwe emotionele verstoringen op. Het probleem begint misschien met een situatie waarbij de patiënt uit balans was maar in de loop van het ziekteproces, als de emotionele verstoringen mede door de mislukte therapieën toenemen, stapelen de trauma's zich op. Al die opeenvolgende trauma's kunnen uiteindelijk gemakkelijk resulteren in een psychose. Die psychose veroorzaakt een volgend trauma, een opname in een psychiatrische kliniek is ook weer traumatisch en het zelfbeeld raakt steeds verder beschadigd. Zo rijgen de trauma's zich aan elkaar. Uiteindelijk ontstaat er een Gordiaanse knoop van emotionele verstoringen en het is dan ook niet zo verwonderlijk dat de ziekte 'progressief' wordt genoemd.

Van die eerste verwarring is de betrokkene zich dan al lang niet meer bewust en die is ook volledig uit het zicht van de behandelaar verdwenen. Als die behandelaar daar al in geïnteresseerd zou zijn.

Stel nu dat de persoon waar we het over hebben vader of moeder is, hij is angstig en onzeker en hij heeft een kindje. Dat kindje wordt vervolgens, onder invloed van de ouders, ook angstig en onzeker en als het volwassen is dan waarschijnlijk kwetsbaar en gevoelig voor emotionele verstoringen.

Zo zien we dat het probleem van de ouders op de volgende generatie wordt overgedragen en als er zich, in het volwassen leven van dit kindje, moeilijkheden voordoen dan kan het zomaar gebeuren dat ook die persoon weer psychische problemen krijgt. Hij gaat dan naar een therapeut en dan begint het hele verhaal weer van voren af aan.

Hoe is die stoornis op te lossen?

De aanbevolen behandelmethode is cognitieve gedragstherapie, eventueel aangevuld met medicatie. Eventueel verder aangevuld met EMDR maar omdat de problematiek doorgaans heel diffuus is kun je daar met EMDR nauwelijks vat op krijgen. Het resultaat van al deze inspanning is dan ook vaak heel gebrekkig.

Transpersoonlijke Traumatherapie zou dan een oplossing kunnen bieden!

Dat er desondanks binnen de GGZ toch heel veel is bereikt is al heel bijzonder. Veel is daarbij te danken aan de psychofarmaca, chemische producten die de werking van de hersenen kunnen beïnvloeden. Helaas heeft dit succes tot gevolg dat hierdoor het idee is ontstaan dat nu dus ook alle psychische problemen op een vergelijkbare manier kunnen worden behandeld. Psychiatrisch onderzoek richt zich steeds meer op de neurologische details met als gevolg dat psychische processen steeds meer worden gereduceerd tot chemische reacties terwijl voor het oplossen van die problemen al die gespecialiseerde kennis niet nodig is. Het oplossen van emotionele verstoringen is over het algemeen heel simpel. Daar is geen neurologische kennis voor nodig zoals we in de volgende hoofdstukken zullen zien.

De reguliere therapie is gericht op het reduceren van klachten waarbij de onderliggende oorzaak doorgaans wordt genegeerd. Die onderliggende verstoring blijft daardoor bestaan waardoor de klachten ook weer gemakkelijk kunnen terugkomen.

Voor de Transpersoonlijke Traumatherapie zijn de klachten betrekkelijk oninteressant. Of iemand nu relatie problemen heeft, depressief is of een dwangstoornis heeft, het doet er eigenlijk niet toe. De diagnose zoals die bij een reguliere therapie wordt gesteld is daarom niet nodig. Bij Transpersoonlijke Traumatherapie kijk je niet naar de klachten, je kijkt naar de onderliggende emotionele verstoringen en probeert die op te lossen. Wanneer de onderliggende problematiek opgelost is dan verdwijnen de klachten vanzelf, wat die klachten ook zijn.

Kees Aaldijk
Psycholoog en transpersoonlijk therapeut
www.transpersoonlijk.nl

Soest, december 2017