

Lisa Miller, PhD
en Esmé Schwall Weigand

Het ontwaakte brein

Ontdek de spirituele kracht
van je hersenen

Spectrum

INHOUD

Inleiding: Alles wat waar is, kan worden aangetoond	11
1. We hadden niets kunnen doen	21
2. De lege keuken	39
3. Sterren aan een donkere hemel	53
4. Twee kanten van dezelfde medaille	67
5. Iemand die over me waakt	79
6. Een klopp op de deur	99
7. Als innerlijk en uiterlijk samenkomen	110
8. Een oproep aan alle verloren zonen	127
9. Het kasteel en de golf	137
10. Een ander leven	159
11. Afgestemd op spiritualiteit	169

12. De twee modi van bewustzijn 177

13. Integratie is de sleutel 190

14. Ontwaakte aandacht 200

15. Ontwaakte verbinding 218

16. Ontwaakt hart 241

Tot slot: Isaiah en de ganzen 269

OPMERKING VAN DE AUTEUR

Dit boek is bedoeld om informatie te geven over de besproken onderwerpen. Het is niet bedoeld om te worden gebruikt om een specifieke medische aandoening te diagnosticeren of te behandelen. Raadpleeg uw arts voordat u beslissingen neemt die van invloed zijn op uw gezondheid.

De namen van enkele personen zijn veranderd.



We hadden niets kunnen doen

Een lange, lage brul doorbrak de stilte van de vroege morgen op de afdeling, gevolgd door een gil. Ik liep haastig het overvolle kantoor uit, waar coassistenten en artsen in opleiding dossiers invulden, klaar om degene te helpen die in nood was. Maar nog voor ik wist waar de gil vandaan kwam, kwam een verpleegkundige met een blad vol flesjes en steriele spuiten om de hoek en verdween in de kamer van de patiënt. En al snel was alles weer rustig. TL-buizen schenen hun felle licht tegen de bruinachtige muren en op de vloeren met grijs linoleum.

Het was de herfst van 1994. Ik had net mijn doctoraal aan de University of Pennsylvania gehaald en gekozen voor een klinisch coassistentenschap als psycholoog in een verpleegtehuis voor psychiatrische patiënten in Manhattan, onderdeel van een netwerk van de voornaamste universiteitsziekenhuizen in het epicentrum van klinische vooruitgang in psychotherapie en geestelijke gezondheid. (Uit respect voor de privacy van de patiënten en de staf – en omdat de klinische aanpak en verzorgingsstandaard in elk ander groot Amerikaans stadsziekenhuis soortgelijk zou zijn geweest – noem ik de afdeling Unit 6). De patiënten van Unit 6 waren heel verschillend wat etnische achtergrond en leeftijd betreft. Veel van hen waren arm, hadden een moeilijk leven en kre-

gen steeds weer dezelfde diagnose, en een groot deel van hen worstelde ook met drank- of drugsmisbruik. Soms werden ze tegen hun wil door de politie naar de SEH gebracht, ter voorkoming van moord of zelfmoord.

Het was niet het beste ziekenhuis – patiënten met een goede verzekering gingen vaak ergens anders naartoe – maar het was ook niet het slechtste. Hiernaartoe komen was het equivalent van ‘naar de provincie worden gestuurd’, een eufemisme dat vaak door medisch personeel en patiënten werd gebruikt om te verwijzen naar een instelling voor langdurig psychisch zieke patiënten in het noorden van New York. Toch waren alle patiënten die ik hier ontmoette al ontelbare keren opgenomen. Hun dossiers waren centimeters dik. Ik was een van de vier coassistenten op de afdeling. We werkten allemaal voor twee artsen in opleiding en hadden allemaal ook nog acht poliklinische patiënten. We begonnen elke dag precies om acht uur met een teamvergadering waar de staf van psychiaters, psychologen, maatschappelijk werkers, verpleegkundigen en verpleeghulpen aanschoven om te worden bijgepraat over de vorige avond – wat de patiënten hadden gegeten, of ze zich hadden verzorgd en hoe ze hadden geslapen, of ze abnormaal gedrag hadden vertoond. ‘Meneer Jones rook heel onaangenaam,’ zei een verpleeghulp bijvoorbeeld, of: ‘Mevrouw Margaret weigerde te eten.’ Normale gezondheids- en verzorgingsgewoonten kunnen aan aspecten van geestelijke gezondheid worden verbonden – maar toch heb ik het altijd vreemd gevonden dat we op een afdeling waar we mensen bij hun innerlijke strijd wilden helpen, zo veel tijd besteedden aan het lichaam. De meeste patiënten droegen ziekenhuiskleding, geen gewone kleding – alsof ze voor een operatie in het ziekenhuis waren, of voor een lichamelijke ziekte waarvoor ze in bed moesten blijven.

Ik had dat fenomeen voor het eerst gezien toen ik in het midden van de jaren zeventig op een psychiatrische afdeling kwam. Ik was toen ongeveer acht jaar. Mijn lieve oma Eleanor, die tussen Iowa en de University of Chicago heen en weer had gereisd om psychologie te kunnen studeren, nam me mee om op bezoek te gaan bij een goede vriendin van haar, die was opgenomen. Ze was met deze vrouw opgegroeid en had altijd goed contact met haar gehad. Die vriendin was geen familie van me, maar ik heb haar altijd gekend als tante Virginia. Eenmaal in het ziekenhuis raakte ik wat in de war, omdat ze er niet ziek uitzag. Voor zover ik kon zien, had ze nergens wonden met verband erop. Ze zat niet aan apparaten vast. Ze lachte stralend en had een prachtig gevoel voor humor. En toch moest ze, net als de andere patiënten op de afdeling – met pijn die zichtbaar was op hun gezicht of ogen die in de verte staarden – in haar smalle bed in een klein kamertje blijven. Ik werd getroffen door het lijden van de patiënten dat ik voelde en doordat tante Virginia en de anderen zo geïsoleerd leken te zijn. Later hoorde ik dat oma Eleanor bekend stond om haar activisme. Ze deed constructief werk met staatsziekenhuizen om psychotherapie te geven aan patiënten in instellingen waar ze alleen maar medicijnen ingespoten kregen, in dwangbuizen werden gestopt of schoktherapie kregen, en dat ze haar best deed om patiënten als tante Virginia naar verzorgingstehuizen voor ouderen te brengen waar ze medische verzorging kregen maar tegelijkertijd meer het gevoel hadden in een gemeenschap te leven en gesteund te worden.

In de twintig jaar nadat ik bij tante Virginia op bezoek was geweest, was de behandeling van psychische ziekten behoorlijk verbeterd. De 35 patiënten van Unit 6 kregen geen dwangbuizen aan en werden niet opgesloten en vergeten. We waren een therapeutische gemeenschap; de patiënten

namen elke week deel aan grote en kleine psychotherapiegroepen en elke dag hadden ze even kort contact met hun arts. De bewoners mochten zich vrij over de afdeling bewegen en in de gemeenschappelijke ruimte met elkaar praten of samen iets doen. De staf had een prima opleiding en gaf heel veel om de patiënten.

Ons primaire behandelingsmodel was psychoanalyse. We waren opgeleid om de patiënten te helpen in het verleden naar inzichten en bewustzijn te zoeken die hun ellende van dat moment kon verzachten. Als de patiënt zijn woede of verwondingen uit zijn kindertijd kon begrijpen, zou hij die theoretisch gezien kunnen loslaten en er niet langer door beheerst worden. Om het lijden te overwinnen moest hij dat lijden onder ogen zien en inzicht krijgen – en dus pijnlijke herinneringen opgraven en ongemak ervaren om zijn bewustzijn te verbeteren.

Als het om de psychiatrische kant ging, koos de afdeling voor een psychofarmacologische benadering: we gebruikten medicatie om de symptomen te verbeteren of te elimineren. Ik was dankbaar dat er medicijnen waren die patiënten die acute pijn hadden verlichting brachten, maar al in de eerste weken op de afdeling begon ik me af te vragen of we niet meer konden doen om de patiënten op de lange termijn te genezen en de voortdurende draaideurbeweging tussen opgenomen worden en weer ontslagen worden te stoppen.

Na de ochtendvergadering van het team gingen de coassistenten naar hun patiënten. We gingen naar hun kamer of zochten ze op in de unit om te kijken hoe het met ze ging. Ik vroeg me af hoe patiënten van veertig, vijftig, zestig en ouder, die al tientallen jaren ziek waren en soms al voor de zesde of zevende keer waren opgenomen, het vonden dat er een twintigjarige coassistent die er nog maar drie weken werkte onaangekondigd binnenkwam en twintig minuten lang een

praatje met ze maakte – de jonge coassistent in een uniform, de doorgewinterde patiënt in een dun operatiehemd met een open rug – terwijl ze wisten dat alles over een half jaar weer van voren af aan zou beginnen, als de huidige lading coassistenten wegging om aan hun volgende coassistentenschap te beginnen. Wisten wij echt meer over het lijden van onze patiënten dan zichzelf? Was er misschien een ander pad? En manier om minder te analyseren en pathologiseren en meer echt te luisteren?

Aan het eind van de zomer raakte ik steeds erger gefrustreerd door een benadering die op zijn best niet leek te helpen en op zijn ergst uitliep in een tragische uitzichtloosheid. We konden de patiënt een tijdelijke, door medicatie veroorzaakte verlichting geven van pijnlijke symptomen of een iets beter begrip van waarom hij door een trauma uit zijn kindertijd zo ontspoord was geraakt, maar echte genezing konden we niet beloven. En wanneer een patiënt zich op zijn eigen manier openstelde, gooiden we soms de deur voor zijn neus dicht omdat zijn manier niet precies in onze psychoanalytische mal paste.

Ik leidde een wekelijkse groep, samen met een andere coassistent die een ferme, bijna inflexibele theoretische manier van kijken had. Volgens hem was het doel van groepspsychoanalyse dat onze projectie moest worden geïnterpreteerd en losgelaten. Hij wilde dat de patiënten interpreteerden wat ze van elkaar vonden en inzagen dat ze elkaar verkeerd begrepen omdat ze hun eigen, beschadigde psyche op elkaar projecteerden. Op een gegeven moment deed een vrouw die de diagnose schizofrenie had gekregen, iets ongewoons. 'Ik bid graag,' zei ze, 'maar als ik symptomen heb en probeer te bidden, hoor ik mijn gebeden niet op dezelfde manier.' Ik richtte me tot haar. 'Wauw,' zei ik terwijl ik wat naar haar overboog om haar aan te moedigen meer te vertellen. Maar de andere coassistent

onderbrak haar. Ze probeerde opnieuw iets te zeggen en hij wapperde afwijzend met zijn hand. Het werd stil in de ruimte. 'Dus hoe ziet u mij?' vroeg hij. 'Als een bullebak? Vindt u dat ik de macht in handen neem?' Op de een of andere manier moest de patiënt erachter komen dat hij wilde dat zij inzag dat zij hem als een projectie of ervaring van lang geleden zag. Ik heb er tot op de dag van vandaag nog spijt van dat ik geen tegengas gaf om de patiënte de ruimte te geven. Dat ik haar niet vroeg: 'Wat zei u over uw gebeden?' Ik besloot dat ik de deur nooit voor patiënten zou dichtgooien. Dat ik die deur open zou houden als zij hem opendeden.

Soms leek het wel of we de toestand van de patiënten slechter maakten in plaats van beter. Dat we de last zwaarder maakten. Dat we ze een deterministisch perspectief gaven. Dat we ze vertelden dat de som van hun leven nooit meer zou worden dan de effecten van dat verschrikkelijke, onontkoombare dat waarschijnlijk in het verleden gebeurd was. Dat het beste waarop ze konden hopen was dat ze beter gingen begrijpen hoe erg ze hadden geleden en dat hun lijden de rest van hun leven had bepaald. Het grootste gedeelte van onze patiënten kwam de tientallen jaren daarna nog meerdere keren op de afdeling terecht en de ene psychoanalyticus na de andere hielp hen het idee in hun hoofd vast te zetten dat ze gebroken waren door iets wat in hun jeugd gebeurd was.

Een van mijn eerste patiënten op de afdeling was meneer Danner, een man van midden-vijftig met een kast vol broeken met wijd uitlopende pijpen, leren jasjes en hoeden met veren, rechtstreeks uit de nachtclubs van het Harlem van de jaren zeventig. In die tijd had hij als jonge man heroïne gedeald en was eraan verslaafd geraakt. Bijna al zijn vrienden uit die tijd waren overleden. Hij gebruikte nog steeds; zijn benen, armen en nek zaten vol met injectielittekens. Hij

was in de afgelopen twintig jaar zo vaak opgenomen geweest wegens agressief gedrag, waanvoorstellingen en psychotische uitbarstingen dat zijn dossier uit twee mappen van elk meer dan tien centimeter dik bestond.

Hij was 56, maar zag eruit als 86. Zijn lichaam was uitgemergeld en krom en zijn scherpe, uitstekende schouderbladen staken door zijn overhemd heen. Hij liep met een stok, en een van zijn benen was zo stijf dat hij het bijna niet kon bewegen. Zijn ongeknippte haar, sombere gezicht en ongewassen kleren versterkten de indruk van zijn achteruitgang nog, maar in zijn hoekige kaken en het expressieve licht in zijn ogen kon ik nog een glimpje zien van de man die hij was geweest – van zijn knappe uiterlijk en zwierige gang.

Zijn verhaal raakte me: hij had een verschrikkelijk verlies geleden en was na de dood van zijn moeder van het ene familielid naar het andere geschoven. Als tiener was hij in New York terechtgekomen, waar hij met behulp van feestjes en drugs leek te proberen de kilte te verjagen van die winterdag die voor altijd in zijn geheugen stond gegrift.

Toen we elkaar voor de tweede keer zagen, begon hij het gesprek met dezelfde woorden: 'Ik was vier jaar en staarde in mijn moeders doodskist.' Bij ons derde gesprek vertelde hij weer hetzelfde, verdrietig en gekweld als altijd, maar hij vertelde het op een manier die mechanischer en gedistantieerder leek te zijn, alsof het een plicht voor hem was om dat te vertellen. Ik bekeek de eerste notities in zijn dossier en ontdekte dat die herinnering uit zijn vroege jeugd steeds weer werd vermeld. Al die tientallen jaren waarin hij was behandeld bleef hij datzelfde kille, in-droevige moment herbeleven. En het leek erop dat de therapie op deze afdeling eraan had bijgedragen dat hij in dat verleden bleef steken. Steeds weer werd hij opgenomen, ontslagen en opnieuw opgenomen, elk half jaar werd hem een nieuwe coassistent

toegewezen en steeds weer werden hem dezelfde vragen gesteld. Hoe voelde hij zich als hij aan dat moment dacht? Hoe zag hij dat moment voor zich? Hij was getraind om zich op die herinnering te fixeren, maar als hij erover praatte, leek zijn huidige psychologische energie niet mee te doen.

Ik begon hem vragen te stellen die niet in de psychoanalytische mal pasten: 'Hoe gaat het nú met u? Wat is er afgelopen week gebeurd? Is er nog nieuws?' Vragen die hem weer naar het heden terugbrachten. Hij wende eraan, ging rechter zitten, zette zijn wandelstok tussen zijn benen, leunde wat naar voren en keek in mijn ogen.

'Een paar jaar geleden zat ik in de metro naast een vrouw met een bontmantel aan,' zei hij tijdens een gesprek. 'We praatten wat over koetjes en kalfjes. Ze wist niet dat ik de hele tijd een geweer onder mijn jas had en van plan was iets slechts te doen.'

Als psychoanalyticus was ik getraind om zo'n opmerking als uitdaging te zien, de controle over te nemen en te vragen: 'Wil je me op stang jagen?' Maar elke keer als hij me vertelde over iets slechts dat hij had gedaan – en hij had veel wrede dingen gedaan: gewapende overvallen, met zijn vrouw geslapen en haar niet verteld dat hij hiv had – kreeg ik het gevoel dat hij eigenlijk vroeg: 'Kan ik op je rekenen? Geef je echt om me of vind je me waardeloos?'

Psychoanalyse kan soms iets immoreels hebben. Een emotionele afstand. De patiënt geeft toe gevoelens van woede of haat te hebben en de behandelaar kijkt hem uitdrukingsloos aan en knikt. Vaak is er niets van een relatie of levensbevestiging te merken. Het therapeutische model kan helpen om de impuls onder controle te krijgen, maar daarvoor wordt het beste, authentieke karakter van de patiënt vaak niet opgeroepen of begeleid. Ik was jong en onervaren en lette er vooral op dat ik professioneel bleef. Maar ik voel-

de dat genezing niet van een afstand kon plaatsvinden en dat persoonlijke zorg en verbinding een deel van het geheel moest zijn. En dus week ik af van een programma met alleen psychoanalyse. Ik luisterde, was getuige en zag het als mijn belangrijkste rol om meneer Danners wonden niet open te rijten of hem te dwingen verantwoording af te leggen voor zijn onrechtmatige daden, maar hem diep respect en waardering te tonen. Nu ik dit schrijf, zou ik eigenlijk nog verder gaan. Ik zou zeggen dat ik hem liefdevol behandelde.

Beetje bij beetje zag ik verandering. Hij begon zich regelmatig te wassen en liet zijn haar knippen. Hij vertelde dat hij clean wilde blijven toen hij de afdeling verliet. En tijdens zijn eerste twee weken als poliklinisch patiënt lukte het hem ook om van de heroïne af te blijven. Op een dag kwam hij het ziekenhuis in met iets veerkrachtigs in zijn gewoonlijk zo zware tred. 'Ik moet je iets vertellen,' zei hij. Voor het eerst zolang hij zich kon herinneren, had hij zijn invaliditeitsuitkering geïnd en was een restaurant binnen gegaan. 'Ik ging zitten. De ober kwam naar me toe en vroeg me wat ik wilde. Ik bestelde een steak. De ober kwam met mijn eten. Ik pakte mijn mes en vork. Ik at mijn eten op. Ik betaalde de rekening.' Hij zat met een rechte rug tegenover me en straalde van voldoening.

Oppervlakkig gezien was het zoiets eenvoudigs. Hij had een maaltijd besteld en ervoor betaald. Maar hij vertelde er zo treffend en waardig over – dit was geen uitgehold opnieuw beleven van een oud trauma. Dit was een nieuwe ervaring waaruit een hernieuwd zelfrespect en betrokkenheid bij het leven bleek. Hij was nog steeds dakloos en worstelde nog steeds. En hij vond dat hij het waard was om in een restaurant te eten, dat hem werd gevraagd wat hij wilde eten en dat hij bediend werd.

Aan het eind van de afspraak ging hij staan, met opgeheven hoofd.

Later hoorde ik dat hij de langste periode sinds hij rond zijn twintigste was gaan gebruiken, clean was gebleven. Maar dat bleef niet zo. Anderhalf jaar nadat ik was gestopt met zijn behandeling, was hij weer gaan gebruiken en opnieuw opgenomen op de afdeling. Tien jaar later las ik in een arrestantenregister dat hij was gearresteerd voor een gewapende overval. Zelfs als idealistische coassistent had ik geen enkele illusie gehad over hoe moeilijk zijn leven was of hoe moeilijk het zou zijn om af te kicken van tientallen jaren verslaving en de bijverschijnselen van armoede en isolatie, om maar een paar dingen te noemen. Maar de positieve klinische veranderingen die ik had gezien, waren genoeg om te bevestigen dat de relatie met de patiënt ook een rol speelt bij genezing, dat het psychoanalytische kader van projectie, overdracht, tegenoverdracht, ego en manie een a priori-concept is dat tot op zekere hoogte nuttig is, maar niet altijd gevoelig voor de richting van de groei en het herstel.

Ik wist niet dat ik door het behandelen van meneer Danner mijn eerste stap had gezet naar de definitie van een nieuw model voor behandeling. Maar ik ging steeds beter begrijpen dat er grenzen waren aan de zorg die wij boden en ik hield mijn ogen en oren open voor andere mogelijkheden.

Op een morgen in september waren de medicijnen uitgedeeld en het werd weer rustig op de afdeling. Een aantal patiënten schuifelde de gang op, in de richting van de gemeenschappelijke kamer waar we dagelijks een gezamenlijke samenkomst hadden die verplicht was voor alle patiënten en hun artsen. In bijna drie maanden op de afdeling had ik geleerd dat ik het best met de patiënten mee kon lopen, om-

dat teruggetrokken of rustige patiënten tijdens deze informele overgangsmomenten vaak iets belangrijks deelden. Aan het eind van de gang stond mijn nieuwe patiënt, Lewis Danielson, in de deuropening van zijn kamer, met de deur op een kier.

Lewis was een slanke man van halverwege de veertig, met donker haar en een bleke huid; zijn ogen schoten vaak heen en weer en hij praatte wat onduidelijk door de medicatie die hij kreeg om zijn pijn te verdoven. Vandaag leek hij opvallend alert en levendig.

'Dokter Miller,' zei hij, en hij wenkte, 'kom eens.' Zo ging het op de afdeling – de belangrijkste communicatie vond plaats in verre hoekjes, in de kleine driehoekjes achter half-open deuren.

'Dokter Miller,' zei hij nog een keer; het leek dringend te zijn.

Maar net toen ik bij hem was, bleef een verpleegkundige op haar morgenronde bij hem staan en gaf hem een bekertje propvol pillen.

'Ik wacht hier tot je ze doorgeslikt hebt,' zei ze.

Lewis keek me even heel helder aan, waarna hij zijn blik op de vloer richtte en de medicijnen systematisch doorslikte.

Ik liep met hem mee naar de ochtendbijeenkomst en hoopte dat hij datgene wat hij me zo graag had willen vertellen met me zou delen, maar hij bleef naar de vloer kijken en zei geen woord meer. Net als veel patiënten op de afdeling kreeg Lewis medicijnen tegen hallucinaties en waanvoorstellingen. De meeste patiënten van Unit 6 hadden de diagnose schizo-affectieve stoornis – bijvoorbeeld Lewis – of bipolaire stoornis of zware depressie gekregen. Maar het diagnosticeren van patiënten leek vaak op darten – gelijke delen giswerk en toeval. Omdat er geen helder of effectief