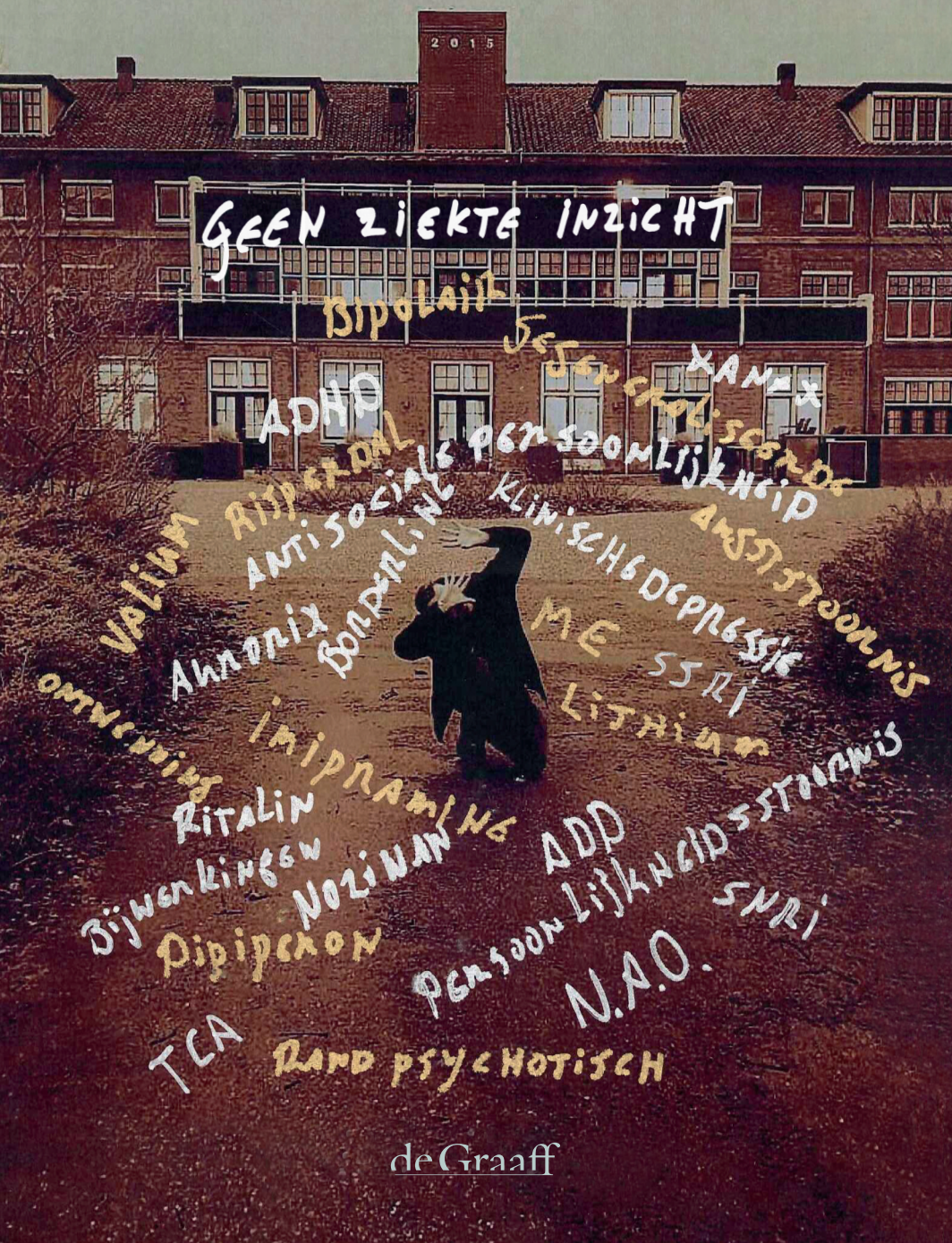


Ewout Kattouw

Wie is er nou eigenlijk gek?

De cliënt, de psychiatrie of de maatschappij?



GEEN ZIEKTE INZICHT

Bipolair

Personlijkheid

ADHD

Antisociale

Personlijkheid

Xanax

Valium

Amdrix

Bordenling

Klinische depressie

Angststoornis

omgeving

Ritalin

inipnamine

ME

SSRI

Lithium

Bijwerkingen

Dipipron

Nozinan

Personlijkheid

ADD

SSRI

TCA

Rand psychotisch

Personlijkheid

N.A.O.

SNRI

Wie is er nou eigenlijk gek?

Ewout Kattouw

Wie is er nou eigenlijk gek?

De cliënt, de psychiatrie of de maatschappij?

de Graaff

Wie is er nou eigenlijk gek?

De hulpvrager, de psychiatrie of de maatschappij?

Ewout Kattouw

ISBN 978-94-93127-15-9

NUR 875/402

Tekstredactie: Tekstbureau Taallent, Apeldoorn

Coverfoto: Anna Kruijenga, bewerking Ewout Kattouw

Vormgeving: MOL grafische vormgeving, Utrecht

© De auteur | Uitgeverij de Graaff, 2022

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden overgenomen, vermenigvuldigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever en vermelding van de auteur(s) van het boek.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j°, het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 882, 1180 AW Amstelveen). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever (Uitgeverij de Graaff, www.uitgeverijdegraaff.nl) te wenden.

Abonneer u op de nieuwsbrief van Uitgeverij de Graaff: www.uitgeverijdegraaff.nl

U ontvangt dan regelmatig informatie over nieuwe titels en blijft ook op de hoogte van aanbiedingen en kortingsacties.

Volg ons tevens op Facebook www.facebook.com/Uitgeverijdegraaff

Inhoud

Voorwoord	9
Inleiding	13
1. Het boek	19
1.1 Gezamenlijk project	19
1.2 Dick Bijl en de bijwerkingen van psychofarmaca	22
1.3 Het dossier	26
1.4 De lezingen	29
1.5 De overdaad aan psychofarmaca	31
1.6 Rechtvaardigheid	32
1.7 De advocaat	34
1.8 Einde van een gezamenlijk project	36
1.9 Op eigen benen schrijven	38
2. Mijn ergste nachtmerrie	41
2.1 Het eerste antidepressivum	41
2.2 De PAAZ	47
2.3 Het gesticht en de gesloten afdeling	53
2.4 De open afdeling, weer opgesloten en de ontsnapping	58
2.5 Samen terug naar toen	60
2.6 De overmeestering en de separeer cel	63
2.7 Alleen God kan u redden	67
2.8 De eerste suïcidepogingen	71
3. Mijn ergste nachtmerrie 2.0	75
3.1 Bizar gedrag op een bizarre afdeling	75
3.2 De uitbraken en wederom gesepareerd	79
3.3 Interview met Martin Steendam: kijken naar het brein of kijken naar de context	85
3.4 De verhuizing naar De Wissel op Groot Lankum	89
3.5 De dierenverzorging: een andere bejegening versus het medisch model	94
3.6 Interview met Fokke Borgman en Klaas van der Kuur: kijken naar ziekte of kijken naar mogelijkheden	98
3.7 ADHD-behandeling	100
3.8 Van ADHD weer naar een klassieke depressie	102
3.9 De orthomoleculaire route	104
3.10 Het ontslag	107

4. De aanloop	113
4.1 Het gezin	113
4.2 De ouders	118
4.3 Het geloof en de kerk	121
4.4 School en werk	122
4.5 De hulpvraag	124
5. De aanhoudende zoektocht naar genezing	127
5.1 De pillenfabriek draait ambulantly vrolijk verder	127
5.2 De psychotherapeutische benadering tussendoor	130
5.3 Interview met Bette Oterdoom: vorm of inhoud	131
5.4 Een nieuwe pillenregen vanuit een ander perspectief	133
5.5 Een paradigmashock	134
5.6 Interview met Henk van der Pol: een waardevolle reflectie tussen behandelaar en oud-cliënt	136
5.7 Meer eigen regie	139
5.8 Interview met Miguel Santana: een ander perspectief, of meer van hetzelfde	142
5.9 De verschuiving van psychiatrie naar cardiologie	145
5.10 Het loslaten van de laatste afhankelijkheid	147
6. Het ontwenningproces	151
6.1 De fysieke en de mentale ontwenning	151
6.2 Het psychologische proces	153
6.3 Wakker worden in een veranderde maatschappij	155
6.4 Het gemis van een ijkpunt, de confrontatie van langdurige ontwenning en leren over het leven	158
7. Herstellen met het biopsychosociale model	161
7.1 Het versterken van het biologische aspect door leefstijl	161
7.2 Het versterken van het psychische aspect met EMDR en psychotherapie	163
7.3 Het versterken van het sociale aspect door verbinding	167
7.4 De toekomst	167
8. Reflectie met deskundigen	169
8.1 Interview met Dick Bijl: baat het niet, dan schaadt het wel!	170
8.2 Interview met Arne Risselada: zoeken naar de voorspellers van een goede of slechte reactie op medicijnen	175
8.3 Interview met Peter Groot: afbouwen is maatwerk	180
8.4 Interview met Trudy Dehue: het besef van onzekerheid van kennis behoort voortdurend aanwezig te zijn.	183
8.5 Interview met Paul Verhaeghe: pleidooi voor een meer sociale psychiatrie	187

8.6	Interview met Eric Ruhé: een schaarste model van onderzoeksgeld, geen onderzoek zonder winstgevende industrie	193
8.7	Interview met Jim van Os: jij zit al in een paradigmaverandering die nog plaats moet vinden	198
8.8	Interview met Philippe Delespaul: van selecteren naar diversifiëren	210
9.	De beschouwende conclusie	217
9.1	Het schrijven van de conclusie	217
9.2	De historie van de DSM en het biologische model	218
9.3	De neoliberale maatschappij	221
9.4	Klopt het heersende model wel?	222
9.5	Machtsongelijkheid tussen de opvatting van de hulpverlener en het narratief van de hulpvrager	224
9.6	Ggz als bedrijf	224
9.7	Hoe zullen we terugkijken op de huidige tijd en hoe moeten we nu verder?	225
	Dankwoord	231
	Addendum	233
	Aanbevelingen voor het starten, monitoren en afbouwen van psychofarmaca	233
	Het starten met psychofarmaca	234
	Het afbouwen/stoppen met psychofarmaca	235
	Disclaimer	237
	Relevante websites	238
	Geraadpleegde literatuur	239

Voorwoord

‘Een spiegel voorgehouden ...’

Een van de boeiendste aspecten van de emancipatiebeweging in de ggz is dat we de beschikking krijgen over een groot aantal egodocumenten. Elk verhaal beschrijft op een persoonlijke manier een levensgeschiedenis van unieke mensen. De term ‘levensverhaal’ is het juiste woord, omdat het gewoonlijk gaat over meer dan een voorval of ‘fait divers’ in iemands leven. De verhalen omspannen meerdere jaren en vaak meerdere decennia. Ze beschrijven de impact op iemands leven, maar ook de gevolgen voor betrokkenen in de omgeving. Gewoonlijk zijn deze boeken ingrijpend. Het zijn immers steeds verhalen over pijn: pijn over gebeurtenissen uit het verleden en pijn over de verloren jaren die deze gebeurtenissen vaak lang nadien hebben gekost.

Dit boek is een bijzonder boek. Ewout Kattouw vertrekt in *Wie is er nu eigenlijk gek?* van zijn ervaren pijn (en kwaadheid) over verloren jaren: wat is me overkomen en waarom? En had dit voorkomen kunnen worden? ‘Who is to blame?’ Na een jarenlang behandeltraject in de psychiatrie en steeds weer nieuwe hulpverleners die over de jaren heen een lange lijst opeenvolgende diagnoses gesteld hebben en uiteenlopende medicijnen hebben voorgeschreven, vindt Ewout uiteindelijk een weg naar herstel. En zoals zo vaak gaat het niet over meer, maar paradoxaal genoeg eerder over minder zorg. Nevenwerkingen van de medicatie, zo leerde hij, verklaren een groot deel van hetgeen hij ervaren heeft. Maar waar liep het mis? Had het anders gekund? En hoe kun je zin geven aan dit, schijnbaar, nutteloze lijden?

Het is een krachttoer om je begrijpelijke kwaadheid te overstijgen, op afstand naar je leven te kijken en op onderzoek uit te gaan. Aanvankelijk staat in Ewouts zoektocht alles in het teken van het opbouwen van een dossier om via een klacht genoegdoening te krijgen voor zijn lijden. Maar snel wordt dat doel minder duidelijk. Ewout voert zijn onderzoek uit met de neutrale afstand

van een journalist. Hij wil het verhaal vertellen, hij wil het verhaal begrijpen en het verhaal herstellen. Hij spreekt met zijn familie, vrienden, ex-behandelaren en experts in de geestelijke gezondheidszorg. Hij probeert beter te begrijpen wat hem overkomen is, wat mensen in de ggz overkomt en te begrijpen hoe de ggz geworden is tot wat ze is. Ook hoe de ggz misschien in de toekomst zichzelf weer kan uitvinden.

Voor een hulpverlener als ik is het verhaal van Ewout een confrontatie. Telkens weer had ik de ervaring dat de hulpverleners die Ewout op zijn martelgang tegengekomen is, best eens mijn spiegelbeeld hadden kunnen zijn. Natuurlijk heb ik het ‘voordeel’ om geen psychiater te zijn, maar een klinisch psycholoog. Ik schrijf geen medicijnen voor en dus kan ik niet diegene geweest zijn die Ewout doorheen de jaren ‘vergiftigd’ heeft. Maar dit kan ik niet als excuus gebruiken. Veel situaties uit Ewouts leven zijn ook voor mij heel herkenbaar. Situaties waar er geen samenwerking ontstaat, waar mensen ons ontglippen, waar er geen sprake is van hulpverlening, waar onbegrip en kortsluitingen ontstaan en waar we toe moeten geven te falen, waar uiteindelijk besloten moet worden tot opname, soms ook onvrijwillig. Onze welgemeende goede intenties ten spijt.

Te vaak was er ook de interpretatie dat het falen van de hulpverlening aan de psychopathologie van de persoon tegenover mij ligt. Ook dat kwam bij mij op, toen Ewout mij met zijn boek in zijn spiegel deed kijken. De titel is goed gekozen: ‘Wie is er nu eigenlijk gek?’ Samen zijn we verantwoordelijk voor de verloren jaren van duizenden mensen. En samen voelen we ons machteloos en blijven we te vaak dit falen herhalen.

In de hulpverlening is gedeelde machteloosheid een authentiek gevoel. We zijn geen tovenaars die problemen eenvoudig kunnen fixen. We dromen ervan om dit te kunnen, we worden erop aangesproken, mensen verwachten dat soms van ons. En we worden soms gemakkelijk verleid om ons naar deze verwachting te gedragen. Toch is het onvoldoende om met elkaar te delen dat we niet over steeds-werkende oplossingen beschikken. We mogen ons niet neerleggen bij deze machteloosheid. We moeten blijven proberen. Maar daarin ligt ook een valkuil. Medicatie voorschrijven is handelen. Medicatie afbouwen is eigenlijk ‘niets doen’. En dat lijkt geen optie, in het licht van zo-

veel lijden. En daarom krijgt de afbouw van medicatie geen (of onvoldoende) kans. In tegenstelling tot sociale contacten, activering en andere psychosociale interventies, geldt ‘baat het niet, dan schaadt het niet’ zeker en vast niet voor medicatie. Toch denken we in deze situatie vaak conservatief: de medicatie maakt je niet beter, maar zonder is het misschien nog erger. En dus gokken we verder: *never change a winning horse*. Terwijl een van de belangrijkste principes van herstel het recht is om te exploreren (en soms hierbij ook een blauwtje op te lopen). Herstel gaat immers over ervaringen opdoen en leren. En in een status quo leer je niet veel.

Het verhaal van Ewout is een sterk pleidooi om onze professionele kennis in de toekomst te nuanceren. Het is duidelijk dat de beste kansen voor mensen niet steeds bij de expertise van professionals ligt. En dus is de dialoog belangrijk. Als er iets is wat het verhaal van Ewout anders had kunnen maken, is het dat er echt naar hem geluisterd werd. Dat zijn gevoelens en gedachten een betere plaats in de dialoog hadden gekregen. En dat we het aandurven om gezamenlijk een leerproces aan te gaan waarin we risico's nemen (*the right to fail*) om nieuwe kennis te verwerven en sneller tot herstel te komen. Dit is *shared decision making*. Dit is de kern van het pleidooi voor een nieuwe ggz: het diversifiëren van het aanbod binnen een traject over de tijd dat erop gericht is samen te leren.

Veel leesgenot.

Philippe Delespaul
Maasmechelen, juli 2021

Inleiding

‘Je zou een boek moeten schrijven over je ervaringen binnen de ggz’, zegt Julie-Anne Arendsen Hein. Ik zit, voorjaar 2019, met haar in een paviljoen aan het water vlakbij Leeuwarden. Julie-Anne is een klinisch psycholoog en psychotherapeut die recent met pensioen is gegaan. We zitten in het paviljoen, omdat ze mij graag wilde interviewen naar aanleiding van het vijftienvingjarige jubileum van een scheepswerfje. Dit is een bijzonder dagbestedingsproject voor psychiatrische patiënten. Julie-Anne is gevraagd om een aantal interviews te doen met oud-deelnemers van dit project voor een boekje dat speciaal voor het jubileum uitgebracht zal worden.

In 2006 was Julie-Anne mijn hoofdbehandelaar in een therapeutisch centrum waar ik ruim een jaar intensieve dagbehandeling heb genoten. In die tijd werkte ik ook als deelnemer een korte periode op de scheepswerf. Julie-Anne had mijn naam op de lijst met oud-deelnemers zien staan en het leek haar leuk om mij te interviewen over mijn tijd op de scheepswerf. Sowieso leek het haar leuk om te horen hoe het mij was vergaan nadat ik bij haar uit behandeling was gegaan.

Zo kwam het dus dat we als oud-hoofdbehandelaar en oud-cliënt nu op een ongedwongen en onofficiële manier als twee gelijkwaardige burgers tegenover elkaar zaten aan een bakje thee. We hadden elkaar al ruim twaalf jaar niet meer gezien en het weerzien was best bijzonder. Gek genoeg had ik al vaker gedacht dat het leuk zou zijn om haar eens op te zoeken, om haar te vertellen hoe het me vergaan was na de behandeling bij haar. Ik heb een zeer lange geschiedenis als cliënt binnen GGZ Friesland, een zeer beladen geschiedenis met veel, hoofdzakelijk farmacologische, behandelingen en verschillende zeer traumatiserende opnames.

Veel goede herinneringen heb ik daar niet aan overgehouden, behalve dan de periode bij het therapeutisch centrum en het contact met de therapeuten daar. Wat de behandeling daar zo anders maakte dan de rest van de behan-

delingen, was dat ik daar veel over mezelf leerde. Ik leerde over oorzaak en gevolg, ik kreeg inzichtgevende schematherapie en leerde veel over mijn achtergrond, het gezin waar ik uit kwam en de afhankelijke rol waar ik in verzeild was geraakt. Ik kreeg huiswerk en er was een goed gevuld therapieprogramma met groeps gesprekken, psychomotore therapie, creatieve therapie, drama-groep enzovoort.

Voor mij voelde het als naar school gaan, een school waar ik over mezelf mocht leren, een school waarbij ik met een tas met boeken en schriften door de gangen liep, waarbij ik met klasgenoten discussieerde, waarbij we elkaar feedback gaven en kritisch bevraagden.

Vandaar dat ik het ook prettig vond om Julie-Anne weer te ontmoeten. Van de scheepswerf wist ik helaas niet veel meer af. Ik heb daar destijds maar kort gewerkt en het was ook in een tijd waarin mijn geheugen niet goed functioneerde, dus veel herinneringen had ik er niet meer aan. We raakten daardoor al snel aan de praat over hoe het nu met haar ging, nu ze met pensioen was en hoe ze haar tijd bij de ggz had ervaren. Verder ging het over hoe mijn leven voor en na de behandeling bij het therapeutisch centrum eruit heeft gezien.

Ik vertelde over hoe ik mijn tijd bij het therapeutisch centrum heb ervaren, hoe het daarna weer veel slechter ging, hoe ik bijna was overleden aan een ernstige hartaandoening, hoe ik uiteindelijk weer op de wal was gekrabbeld, dat ik nu een hbo-opleiding tot ervaringsdeskundige had afgerond, dat ik stage heb gelopen in een forensisch-psychiatrische kliniek, maar ook dat ik nog volop in een ontwenningproces zat van de psychiatrische medicatie die ik ruim negen maanden daarvoor afgebouwd had.

Julie-Anne vertelde hoe ze mij als cliënt had ervaren, dat ik erg gehospitaliseerd was toen ik bij hen in behandeling kwam, hoe zij hebben geprobeerd mij los te weken uit de patiëntenrol, maar ook over de overdracht van het therapeutisch centrum naar de psychiater die ik had, voordat ik bij hen kwam. Ze gaf aan dat deze overdracht niet goed was gegaan. In het therapeutisch centrum hadden ze me los willen weken uit mijn rol van ernstig psychiatrisch patiënt. Dit beleid is niet doorgezet door de psychiater die ik voor mijn behandeling bij het therapeutisch centrum had en bij wie ik daarna weer was

teruggekeerd. Helaas kwam ik bij deze psychiater weer volop in de rol van de chronische patiënt. ‘Waarschijnlijk was het toch beter geweest als je nog wat langer bij ons in behandeling was gebleven, of we je over hadden gedragen naar een andere behandelaar en niet naar de behandelaar die je had voordat je bij ons kwam’, zei Julie-Anne. Ik merkte dat ik het fijn vond om zo te reflecteren op een stukje van mijn behandeling. Zeker ook omdat we dit deze avond samen deden, zonder verwijten en op een open en respectvolle manier. Gewoon als twee mensen reflecteren op een bepaalde periode waarin onze levens samen waren gekomen.

Op de vraag waarmee ik deze inleiding begon, antwoordde ik: ‘Ik ben niet echt een schrijver, ik ben meer een verteller.’ Daarop gaf Julie-Anne aan: ‘Ik hou wel van schrijven en ben nu met pensioen, dus heb wel tijd voor een leuk project. Misschien kunnen we er een gezamenlijk project van maken.’ We spraken af dat we hier allebei over zouden nadenken en dat we elkaar na de zomer weer zouden spreken. Die avond verliet ik het paviljoen met een goed gevoel. Het weerzien met Julie-Anne was waardevol en ondanks dat we daar niet als therapeut en cliënt zaten, was het toch helend geweest. Het reflecteren op een bepaalde periode, de wederkerigheid in de gesprekken en het gelijkwaardige contact hadden me goed gedaan.

De daarop volgende maanden bleef het idee van samen een boek schrijven door mijn hoofd spoken. Eigenlijk is dit iets wat ik al langere tijd ambieerde. Door mijn lange geschiedenis binnen de ggz heb ik veel meegemaakt en gezien, waar ik inmiddels wel mijn meningen en ideeën over heb gevormd. Toen ik in 2014 begon aan de opleiding ervaringsdeskundige in de zorg aan de Hanzehogeschool te Groningen, was dit een feest van erkenning. Veel ideeën die ik had over een andere ggz, een andere manier om met cliënten om te gaan, kwamen terug in de lesstof en waren verankerd in de basis van herstelondersteunende zorg. Niet het medisch model, gebaseerd op ziekte en wat er mis is met de mens, maar het herstelproces van het individu staan hierin voorop. Niet de DSM-diagnoses – DSM staat voor Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Het is het handboek van de psychiatrie, waar alle stoornissen en ziektes in staan beschreven – maar de wens en behoefte van de cliënt staat voorop. De directieve hulpverlener bepaalt niet de richting en de route van de behandeling, maar de hulpverlener ondersteunt en faciliteert in het

herstelproces van de cliënt, waarin de cliënt zo veel mogelijk zelf de regie behoudt, of weer terugpakt.

Dit is iets wat ik zelf ook heb moeten leren. Ik kom zelf uit de psychiatrie van midden jaren negentig. Toen was je nog geen cliënt, maar patiënt. Er was niet veel eigen regie en de psychiater bepaalde, samen met het hele behandelteam, wat je nodig had en hoe de behandeling eruitzag. In onderstaande tekst staat een stukje uit mijn herstelverhaal dat ik enkele jaren geleden geschreven heb. Het illustreert goed hoe, voor mijn gevoel, de verhoudingen lagen.

‘Tijdens mijn verblijf in het gesticht had ik zo af en toe de eer om uitgenodigd te worden bij een hele belangrijke dokter die heel lang geleerd had om mensen zoals ik beter te maken. Deze dokter straalde veel gezag uit en keek heel zelfverzekerd van achter zijn grote bureau naar mij. Deze meneer moest ik te vriend houden, deze meneer ging mij beter maken. Hij vertelde mij dat het allemaal wel goed kwam, dat ik nog geen ziekte-inzicht had, misschien wel te hoge eisen aan mijzelf stelde en me maar moest proberen rustig te houden.

Als ik deze meneer ergens op de lange kille gangen van het gesticht tegenkwam, groette ik hem altijd heel netjes en beleefd, bijna als een nietig onderdaan. Hij groette eigenlijk nooit terug en keek strak voor zich uit. Ik moest deze man natuurlijk ook helemaal niet lastigvallen met mijn bijna om hulp smekende groet. Hij was immers een heel belangrijk man die de hele dag allemaal moeilijke en belangrijke dingen deed en ons allemaal beter ging maken. Logisch ook dat deze man mij niet terug groette.’

Uiteraard was het toen een andere tijd. De burger had meer respect voor autoriteit, ging er nog blindelings vanuit dat de dokter, de dominee, de bankdirecteur en de politieagent precies wisten wat ze deden. Bijna als een kind die er blindelings op vertrouwt dat zijn ouders alles weten en altijd gelijk hebben. Net zoals een kind later in het leven gaat ontdekken dat pappa en mamma echt niet alles weten, ook fouten maken en onzeker zijn, zo ging de burger de laatste decennia ook steeds meer emanciperen en verloor hij ook de naïviteit ten opzichte van autoriteit. Ouders hebben regie over het jonge kind, totdat het kind deze zelf in handen neemt en eigen beslissingen gaat nemen. Zo neemt de burger ook steeds meer eigen regie in handen en neemt

zelf de beslissingen. Binnen de psychiatrie is dit iets wat lang op zich heeft laten wachten, maar komt nu, mede door de rehabilitatie- en herstelbeweging, steeds meer tevoorschijn.

Tot zover een licht belerend stukje van mijn kant over psychiatrie en de autoritaire verhoudingen die zich daarin kunnen aftekenen. Voor wie denkt dat dit boek een aanklacht gaat worden jegens de psychiatrie, hoop ik dat er aan het einde van het boek een meer genuanceerd beeld zal ontstaan. Het is zeker niet mijn bedoeling om de psychiatrie aan te vallen, of al mijn frustratie ongenueanceerd bot te vieren.

Ik wil aan de hand van mijn geschiedenis binnen de ggz de verschillende kanten binnen deze ggz belichten en reflecteren op de rol van de cliënt, de hulpverlener, de maatschappij en de verschillende (soms conflicterende) belangen. Zoals ik ook aan het begin van deze inleiding beschreef hoe ik samen met Julie-Anne reflecteerde op mijn en haar rol in onze samenwerking als cliënt en hulpverlener. Alleen dan kunnen we eerlijk zijn over de verschillende aspecten binnen de ggz en kunnen we samenwerken aan een betere ggz.

1. Het boek

1.1 Gezamenlijk project

Maar goed, hoe begin je een boek over vijftwintig jaar ervaringen met de psychiatrie? Laat ik om te beginnen doorgaan met waar ik in de inleiding al mee ben begonnen.

Nadat ik eind van de zomer van 2019 weer contact met Julie-Anne opnam, besloten we om bij haar thuis af te spreken voor een eerste gesprek over ons gezamenlijke project. Samen verkenden we het uitgangspunt van het boek, wat de kaders zouden worden. Wat was het doel van het boek, wat wilden we ermee bereiken? We besloten dat het een boek moest worden voor huidige en toekomstige cliënten binnen de ggz, maar ook voor mensen die werkzaam zijn in de ggz. We wilden een beschouwend en reflecterend boek maken aan de hand van mijn verhaal. Geen aanklacht en geen fictie, maar een eerlijk en open verhaal. De vragen die mij bezighielden en waar ik een antwoord op probeer te vinden, waren: wat helpt de cliënt in de huidige manier van werken binnen de ggz en wat niet? En wat moet hieraan veranderen?’

Aangezien ik zelf al een uitgebreid herstelverhaal had opgeschreven (dit was een onderdeel van de opleiding tot ervaringsdeskundige), zouden we dit gaan gebruiken voor het boek. Julie-Anne zou vanuit haar rol als klinisch psycholoog en psychotherapeut beschouwend schrijven over mijn gang door de psychiatrie. Daarnaast wilden we ook verschillende mensen gaan interviewen met wie ik binnen de ggz te maken had gehad. We zouden mensen uit mijn persoonlijke omgeving gaan interviewen, om een goed beeld te krijgen wie ik als persoon ben en hoe zij mijn tijd binnen de ggz hebben ervaren. Dit werden uiteindelijk mijn ouders, broer en zus en mijn beste vriend die mij al van kleins af aan kent.

Interessant zou het dan ook kunnen zijn om te bekijken hoe de verschillende personen, vanuit verschillende rollen en functies, mij als persoon hebben ervaren en hoe een aantal deskundigen vanuit hun expertise naar mijn verhaal kijken. Dit contrast heb ik zelf al kunnen ervaren in mijn verschillende rollen als cliënt en als werknemer. In mijn dossier van de ggz staan heel veel negatieve uitingen over mij als persoon. Opvallend is dat deze uitlatingen en constatering met name zijn gericht op wat er allemaal mis zou zijn met mij en weinig tot niet zijn gericht op mijn kwaliteiten of positieve kenmerken. Afwijkend gedrag werd als problematisch en ziek bestempeld en daardoor raakte ik er ook van overtuigd dat ik ziek was.

Toen ik een aantal jaren als werkbegeleider/trajectbegeleider had gewerkt bij Werkpro in Buitenpost, kreeg ik bij mijn vertrek daar een brief mee van de consultants van de gemeente Achtkarspelen met wie ik veel te maken had gehad. Ze kwamen met zijn allen langs op het project waar ik werkzaam was en overhandigden mij een envelop. In deze envelop zat een brief, het bleek een referentie te zijn die ze gezamenlijk hadden opgesteld en ondertekend.

Buitenpost/Burgum, 14 december 2017

In periode 2016-2017 hebben wij met Ewout Kattouw samengewerkt binnen de re-integratietrajecten die onze gemeenten Achtkarspelen en Tytsjerksteradiel inkochten bij leer-werkbedrijf Raderwerk van Werkpro in Buitenpost.

Vanuit onze gemeenten plaatsten wij klanten bij Raderwerk onder de begeleiding van Ewout onder andere:

- om werkervaring op te doen in technische werkzaamheden
- om de mogelijkheden en kansen van iemand duidelijk in beeld te kunnen krijgen
- om te werken aan werknemersvaardigheden
- voor activering/dagbesteding voor mensen met affiniteit voor techniek.

Vanuit zijn technische ervaring weet Ewout goed in te schatten in welke technische vakgebieden iemands kwaliteiten en kansen liggen. Mede op basis van Ewouts advies lieten wij klanten wel of niet doorstromen naar een technische opleiding in bijvoorbeeld de sector metaal, hout, of elektrotechniek.

Binnen de trajecten keek Ewout steeds kritisch mee naar zaken die stagneerden en/of die nog verbeterd moesten worden, hij droeg dan goede oplossingen aan. Daarbij was Ewout erg proactief in het contact zoeken met ons als opdrachtgever; hierdoor was er in de trajectbegeleiding steeds sprake van korte lijnen en kon er snel ingespeeld worden op situaties van de klant, waardoor er voor de klant binnen het traject een zo optimaal mogelijk resultaat kon worden bereikt.

Bij mensen met een complexere problematiek op verschillende leefgebieden en een (zeer) grote afstand tot de arbeidsmarkt weet Ewout door de beperkingen heen naar de kansen en mogelijkheden te kijken. Vanuit levenservaring en met geduld, doortastendheid en humor weet Ewout contact te maken met deze groep 'moeilijke' cliënten. Hij weet hen te stimuleren om stappen te zetten en in beweging te komen om aan hun problemen te gaan werken en uit een isolement te komen en meer kwaliteit in hun leven te gaan ervaren.

Wij hebben Ewout dan ook ervaren als een kundige, prettige en betrokken werk- en trajectbegeleider die kennis heeft van techniek, meedenkt en goed met verschillende mensen met zeer diverse achtergronden om weet te gaan en hen succesvol weet te begeleiden richting (stappen zetten naar) werk of participatie/dagbesteding!

Consulenten gebiedsteam Werk en Participatie,
Sociaal Domein, gemeente Achtkarspelen en gemeente Tytsjerksteradiel

Na alles wat er al die jaren over mij in het dossier was geschreven vond ik dit een verademing. Ik werd er stil van en was dankbaar dat mijn inzet niet onopgemerkt was gebleven. Ik had mijn werk bij Werkpro dan ook met veel gedrevenheid, volle overgave en plezier gedaan. Misschien was ik toch niet zo ziek als ik dacht?

Toch vond ik het contrast erg groot tussen hoe de consulenten van de gemeente Achtkarspelen mij hadden gezien en wat de meeste behandelaars binnen de ggz hadden beschreven. Was ik nu dan zo'n ander persoon dan toen ik nog in behandeling was? Wat was hier eigenlijk aan de hand?

1.2 Dick Bijl en de bijwerkingen van psychofarmaca

Omstreeks dezelfde tijd van mijn hernieuwde kennismaking met Julie-Anne, kwam ik ook in contact met Dick Bijl (oud-huisarts, epidemioloog en voorzitter van de International Society of Drug Bulletins, ISDB). Ik leerde Dick kennen op een boekpresentatie van zijn boek *Antidepressiva en depressie* (Bijl, 2019). Omdat ik zelf op 9 augustus 2018 was gestopt met mijn laatste antidepressivum en hier ernstige ontwenningverschijnselen van ervoer, dook ik in de wereld van de ontwenning van psychofarmaca (psychiatrische medicatie). Tot dan toe hoorde ik al bijna vijftientig jaar vooral veel lovende verhalen over psychofarmaca. Ondanks dat dit mijzelf nooit veel had geholpen en ik er vaak veel zeker van werd, heb ik deze verhalen altijd geloofd. Dat de medicatie mij niet veel goeds had gebracht, schreef ik, evenals mijn behandelaren, met name toe aan mijn eigen ziek zijn. In de vijftientig jaar dat ik cliënt was en veel psychofarmaca voorgeschreven kreeg, is mij nooit verteld dat er ook risico's aan dit gebruik zaten, of dat men er ernstige ontwenningverschijnselen van kon krijgen. In de bijsluiters stond hier ook niet veel over geschreven. Weliswaar staat er (inmiddels) een lange lijst aan bijwerkingen in de bijsluiters, maar dit werd, als ik daarnaar vroeg, vaak afgedaan met 'men is verplicht om deze bijwerkingen in de bijsluiters te zetten, de meeste mensen hebben weinig tot geen bijwerkingen van antidepressiva'. Ook dit geloofde ik. Ondanks dat ik elke keer weer erg ziek werd van dosisveranderingen, op- en afbouw, of medicatiewisselingen, ging ik er steeds vanuit dat de voorlichting die ik kreeg, klopte.

Nu weet ik dankzij het internet dat er wel degelijk grote risico's aan psychofarmaca zitten, dat ontwenning ernstige vormen aan kan nemen en dat de bijwerkingen, gemeld in de bijsluiters, allemaal bijwerkingen zijn die mensen wel degelijk door het gebruik van deze middelen hebben ervaren. Ik haalde mijn informatie van forums, uit ervaringsverhalen en gesprekken met studiegenoten die ook in het verleden waren gestopt met psychofarmaca. Nu zou je kunnen stellen dat je niet alles moet geloven wat er op het internet staat, daar ben ik het ook zeker mee eens. Toch zijn er letterlijk duizenden verhalen te vinden van mensen die aan de ene kant zeer ernstige bijwerkingen ervaren, waaronder suïcidepogingen, ontremming, agressie en vele andere nare bijwerkingen en aan de andere kant zeer ernstige ontwenningverschijnselen,

waardoor sommige mensen überhaupt niet meer van de psychofarmaca af kunnen komen. Hier zal dan toch wel een kern van waarheid in zitten.

Je zou kunnen betwisten of dit werkelijk door de psychofarmaca komt, of het niet de onderliggende ziekte of stoornissen zijn. Dit argument heb ik in het verleden vaak gehoord, maar lijkt me toch iets te makkelijk. Waar rook is, is vuur, luidt het oude gezegde en in dit geval neigde ik er steeds meer naar om dit te geloven. Statistisch gezien kunnen niet al deze verhalen onwaar, zwaar overdreven, of veroorzaakt zijn door onderliggende ziekte of stoornissen. Juist omdat er zoveel mensen overeenkomstige bijwerkingen vermelden en ook overeenkomstige ontwenningverschijnselen zich blijken voor te doen, kan men dit ook moeilijk nog negeren zou je denken. Gevalsbeschrijvingen van ernstige bijwerkingen en ontwenning van psychofarmaca zijn al vanaf het begin bekend. Er zijn in Amerika rechtszaken over gevoerd. Hieruit bleek bijvoorbeeld dat de producent van het zeer bekende antidepressivum paroxetine (Seroxat) al langer op de hoogte was van de kans op agressie en zelfmoord onder jongeren die dit middel voorgeschreven kregen. Uit interne memo's is tijdens een rechtszaak gebleken dat men dit bewust heeft verzwegen. Waarom ben ik in ruim twintig jaar nooit voor deze risico's gewaarschuwd? En wat is er eigenlijk bekend over (zeer) langdurig gebruik van deze middelen? En wat is er bekend over wisselwerkingen tussen de verschillende psychofarmaca?

Naast veel lotgenoten- en ervaringsverhalen vond ik ook zeer interessante literatuur. Uit een recent wetenschappelijk onderzoek van Davies en Read (2019), genaamd *A systematic review into the incidence, severity and duration of antidepressant withdrawal effects*, blijkt ook dat ontwenning voor ongeveer de helft van de gebruikers een probleem is. Voor ongeveer een kwart zijn de ontwenningverschijnselen zelfs zeer ernstig en invaliderend. De ontwenningperiode kan variëren van een paar weken tot meerdere jaren.

Op de Amerikaanse peersupport site www.survivingantidepressants.org ontstaat ditzelfde beeld. Ook hier zijn veel mensen te vinden die soms jarenlang last houden van ernstige ontwenningverschijnselen van antidepressiva.

In het begin van mijn eigen ontwenning van antidepressiva las ik dit soort verhalen en onderzoeken. Ik wilde (nog) niet geloven dat ontwenning zo ernstig kon zijn en zo lang kon duren. Ik merkte dat mijn brein geprogrammeerd was om te denken als een kritische hulpverlener. Er is mij vaak verteld dat ik

niet alles moet geloven wat er op het internet staat en dat er sterke antipsychiatrielobby's zijn die bewust negatieve verhalen verspreiden over psychiatrie en medicijnen. Bij het lezen van deze verhalen en onderzoeken dacht ik dan ook al snel: er zal wel meer aan de hand zijn dan alleen ontwenning, deze mensen zullen wel onderliggende problemen of psychiatrische ziektes hebben, vanuit welk belang is dit geschreven? Maar als er een antipsychiatrielobby bezig is, kan er dan ook een propsychiatrielobby zijn? Welke belangen hebben mensen die de psychiatrie en psychofarmaca met hand en tand verdedigen, die ernstige bijwerkingen en ontwenning bagatelliseren of ontkennen? Blijkbaar zijn er verschillende standpunten en ervaringen, er zijn believers en non-believers. Hoe kan het dat er geen eenduidig beeld over psychiatrie en psychofarmaca heerst? Blijkbaar heeft dit toch te maken met conflicterende belangen en uiteenlopende ervaringen.

Omdat ik met veel vragen zat en zeer geïnteresseerd was in meer kennis over psychofarmaca en psychiatrie, ging ik op zoek naar meer literatuur en informatie. Ik vernam via een kennis dat Dick Bijl een boek had geschreven over antidepressiva en dat hij dit boek zou presenteren op 27 juni 2019 in het Academieggebouw te Utrecht. Reden voor mij om ernaartoe te gaan. Die avond in Utrecht kregen we meerdere ervaringsverhalen te horen van gebruikers van antidepressiva. Advocaat mr. Ron Lensen en Judith Dingemans vertelden wat over hun Stichting SeroxatClaim en de rechtszaak die zij tegen GlaxoSmith-Kline (GSK) voerden namens Gerard Eggebeen. Gerard Eggebeen heeft op jonge leeftijd paroxetine (Seroxat) voorgeschreven gekregen en heeft hier zeer ernstige bijwerkingen van gekregen. Hij ontdekte dat GSK wist van de risico's die het gebruik van paroxetine (Seroxat) bij jongeren kon opleveren en dit bewust heeft verzwegen. Emeritus prof. dr. Janna Koppe vertelde over antidepressiva en aangeboren afwijkingen. Uiteraard kwam ook Dick Bijl zelf aan het woord over zijn boek. Na afloop van de boekpresentatie heb ik Dick ontmoet en even kort gesproken.

Het boek *Antidepressiva en depressie* (Bijl, 2019) geeft een onthutsend beeld van ondeugdelijke onderzoeken door farmaceuten, financiële belangenverstrengelingen met de farmaceutische industrie, het ontbreken van onafhankelijke controle van de registratieprocedure en het verschil tussen statistisch significant en klinische relevantie.

Statistisch significant betekent dat een middel minimaal één punt verschilt op de Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) ten opzichte van een placebo (de HAM-D is een vragenlijst die wordt gebruikt om de zwaarte van een depressie weer te geven). In de praktijk zal de gemiddelde cliënt dit kleine verschil op de HAM-D niet of nauwelijks merken, maar hij of zij kan wel te maken krijgen met ernstige bijwerkingen en ontwenning. De baten wegen in dat geval lang niet op tegen de kosten.

Klinische relevantie betekent dat, om aan te tonen dat een cliënt zich iets beter voelt, er een minimaal verschil moet zijn van drie punten. Omdat drie punten slechts voor een iets beter gevoel zorgt en nog steeds geen substantiële verbetering teweegbrengt, zou dit getal eigenlijk nog een stuk hoger moeten liggen.

Gek genoeg hoeft een nieuw middel niet te voldoen aan klinische relevantie, maar alleen aan een statistisch significant verschil van minimaal één punt. Je kunt je dan ook afvragen of deze medicijnen werkelijk bijdragen aan een verbetering van kwaliteit van leven, of vooral leiden tot een verbetering van de financiële positie van de aandeelhouders van grote farmaceutische bedrijven ...

Al met al was ik onder de indruk van het boek en het gaf me veel stof tot nadenken. Mijn beeld over mijn eigen klachten begon te kantelen: ik had waarschijnlijk veel last van ontwenningverschijnselen van al die medicatie die ik ooit had geslikt.

Omdat ik zelf inmiddels als ervaringsdeskundige een aantal lezingen over psychofarmaca had gegeven en me graag wilde inzetten voor meer voorlichting en het creëren van meer bewustwording omtrent de risico's van psychofarmaca, besloot ik contact met Dick op te nemen. Na wat heen en weer mailen besloten we om onze krachten te bundelen en te kijken of we wellicht konden samenwerken. We waren het er over eens dat mijn ervaringen met psychofarmaca en zijn wetenschappelijk onderbouwde verhaal elkaar goed zouden kunnen versterken. Zo ontstond het idee om samen lezingen te gaan geven.

1.3 Het dossier

Met Julie-Anne besprak ik verder hoe we ons gezamenlijke project gingen aanpakken. Tijdens een van onze eerste gesprekken gaf ik aan dat ik mijn gehele papieren dossier thuis had liggen. Het was een dik pakket met allerlei verslagen, psychologische onderzoeken, brieven van behandelaren, behandelplannen en intakes.

De reden dat ik mijn eigen dossier thuis had liggen, was dat ik een aantal jaren geleden een verzoek tot vernietiging van mijn dossier had ingediend bij GGZ Friesland. Dit was geen gemakkelijke opgave, want ik werd van het kastje naar de muur gestuurd. Uiteindelijk, na ruim een jaar, was er iemand die het serieus oppakte en me uitnodigde om langs te komen. Om te beginnen bood hij zijn excuses aan voor het feit dat het zo lang had moeten duren voordat mijn verzoek werd opgepakt. We hebben daarna eerst even zitten praten en ik heb hem uitgelegd waarom ik graag wilde dat mijn dossier zou verdwijnen. Het was een prettig gesprek en aan het einde van het gesprek liet hij me zien dat er niets meer over mij in het elektronische systeem te vinden was. Hij had nog wel een heel dik dossier op papier en vroeg me of hij dit voor mij moest vernietigen of dat ik dat liever zelf deed. Ik gaf aan dat ik dit liever zelf wilde doen. In mijn hoofd zag ik al voor me dat ik dit tijdens een ceremonieel ritueel zou verbranden om zo een lange en pijnvolle periode af te sluiten.

Eenmaal thuis kon ik mij er toch niet toe zetten om het plan dat zich ter plekke in mijn hoofd had ontsproten te volgen. Om de een of andere reden kon ik mijn geschiedenis niet zo makkelijk vernietigen. Misschien zou ik in de toekomst nog wel wat met het dossier kunnen doen, dacht ik. Mijn missie was al geslaagd, GGZ Friesland had geen dossier meer van mij. Ik besloot daarop om het papieren dossier toch nog maar even te bewaren.

De reden dat ik het zo belangrijk vond dat GGZ Friesland geen dossier meer van mij zou hebben, was de volgende: niet lang daarvoor, in de zomer van 2015, had ik met ernstige hartklachten in het ziekenhuis gelegen. Ik had hartfalen NYHA-klasse IV (de laatste fase van hartfalen, voordat het hart het begeeft) en mijn hart had nog maar een pompfunctie van rond de 10%. Mijn hart was er zelfs zo ernstig aan toe dat de specialisten van het Medisch Centrum Leeuwarden dachten dat ik niet lang meer te leven zou hebben. Mijn hart was

langzaam aan het afsterven en ik zou hoogstwaarschijnlijk snel een harttransplantatie nodig hebben.

Daarop werd er een verzoek voor een screening voor harttransplantatie ingediend bij het UMC te Groningen. Niet lang nadat het verzoek was verstuurd, kwam mijn cardioloog bij mijn bed met de mededeling dat het UMCG mij bij voorbaat al niet geschikt vond voor een harttransplantatie en daarom een screening niet nodig achtte. Uiteraard schrok ik nogal van dit nieuws. Op mijn vraag waarom men mij niet geschikt achtte, antwoordde mijn cardioloog dat men in het UMCG dacht dat ik vanwege mijn psychiatrische geschiedenis niet stabiel genoeg zou zijn voor een zwaar transplantatietraject.

Dat was voor mij het moment dat ik besepte dat mijn geschiedenis in de psychiatrie mij de rest van mijn leven nadelig kon achtervolgen. Ik werd nu gewoon opgegeven, omdat ik een psychiatrische cliënt was. Men nam aan dat ik niet stabiel genoeg was voor een zwaar traject, zonder dat men mij zelf had gezien of gesproken. Het dossier was dus machtiger dan ik als persoon. Ik was niet stabiel genoeg voor een kans op een langer leven, maar kennelijk wel stabiel genoeg om veel te jong op een nare manier te sterven. Nu wist ik het zeker: mijn dossier moest en zou verdwijnen. Ik realiseerde me echter wel dat niet alleen GGZ Friesland een dossier van mij had, maar dat ook bij andere instanties sporen van mijn psychiatrische verleden te vinden waren. De jaren die volgden heb ik dan ook deels gebruikt om zo veel mogelijk de sporen te wissen, met de wetenschap dat ik mijn verleden in de psychiatrie nooit volledig zou kunnen wissen.

Na de afwijzing van het UMCG vroeg ik mijn cardioloog of er nog andere opties waren, kon ik niet naar een ander transplantatieziekenhuis? De cardioloog gaf aan dat harttransplantaties maar in drie ziekenhuizen in Nederland mogelijk waren, het UMCG, het UMC Utrecht en het Erasmus MC te Rotterdam. Omdat mijn opa en oma mijn leven lang al vlak bij het Erasmus MC hadden gewoond, voelde ik een sterke binding met Rotterdam en ik vroeg de cardioloog of ze een verzoek voor een screening bij het Erasmus MC in wilde dienen. Dit wilde ze wel doen en zo was er toch weer een klein sprankje hoop. Uiteindelijk heeft er een harttransplantatiescreening plaatsgevonden in het Erasmus MC met een uitgebreid psychiatrisch onderzoek. De conclusie

daarvan was dat men psychiatrisch gezien geen contra-indicatie zag om een positief advies te geven voor een toekomstige harttransplantatie.

Tot zo ver de reden waarom ik mijn dossier thuis had liggen. We spraken af dat ik mijn hele dossier naar Julie-Anne zou brengen. Zij zou dit vervolgens doornemen en de meest relevante stukken eruit halen, kopiëren en op chronologische volgorde in een map doen. Zij kon deze map dan vervolgens gebruiken om aantekeningen in te maken. Zo zouden mijn eigen herstelverhaal en mijn dossier dus de leidraad worden van ons boek.

Na een paar weken spraken we weer af bij haar thuis. Ze vertelde me dat ze onder de indruk was van mijn dossier en het een triest verhaal vond. We gingen mijn leven voordat ik in de psychiatrie kwam wat nader onder de loep nemen. De conclusie van Julie-Anne was dat er eigenlijk, voordat ik in de psychiatrie kwam, niet zo veel aan de hand leek. Ik had problemen met mijn identiteit en last van minderwaardigheidsgevoelens, maar dit rechtvaardigde niet een opname van twee jaar in een psychiatrisch ziekenhuis en een veelvoud aan psychofarmaca.

Volgens haar had ik de vreselijke pech gehad, dat ik direct in een medische molen was beland en er niet voor een psychologisch-therapeutische aanpak gekozen was. Met goede psychologische hulp of coaching had ik er waarschijnlijk goed doorheen kunnen komen. Eerlijk gezegd, was dit ook mijn verwachting toen ik hulp ging zoeken. Ik dacht dat men met mij zou gaan praten en dat we dan zouden uitvogelen waar ik last van had, maar in plaats daarvan kreeg ik pillen.

Er zijn heel veel jongeren van rond de achttien die moeite hebben met het ontdekken wie ze zijn, waar ze thuishoren, wat ze kunnen en willen en wat hun plek in deze wereld is. In dat opzicht was ik echt niet zwaar psychiatrisch ziek, maar eigenlijk een gewone adolescent die vastliep in de zoektocht naar zichzelf. Maar hoe kon ik dan meer dan twintig jaar zo vast komen te zitten in de rol van psychiatrisch patiënt? Hoe kon ik dan zo de controle over mijn leven kwijtraken?

1.4 De lezingen

Terwijl ik met Julie-Anne bezig was met het project van een boek maken, was ik met Dick Bijl bezig om onze samenwerking vorm te geven. We hadden besloten in ieder geval samen lezingen te geven. Hiervoor schreven we een gezamenlijke introductie en besloten we een promotiefilmpje op te nemen.

Ondertussen benaderde ik verschillende instanties om onze lezing te promoten. Zo kwam ik ook terecht bij zorginhoudelijk manager Olaf Galisch (zelf ook psychiater) van de ggz-instelling Lentis in Groningen. Hij bleek zeer geïnteresseerd in onze lezing en nodigde me uit voor een verkennend gesprek. We spraken af op een locatie van Lentis in de stad Groningen. Ik had me goed voorbereid en mijn laptop meegenomen, met daarop de introductie van onze lezing en de powerpoint van mijn deel van de lezing. Ik zat met mijn laptop in de wachtruimte te wachten tot hij mij zou komen halen. Ik realiseerde me, dat ik al heel wat keren als cliënt in dit soort wachtruimtes gespannen had zitten wachten, tot de betreffende hulpverlener mij zou komen halen. Alles wat er speelde, waar je last van had, wat je duidelijk wilde maken en wat je wilde vragen, moest in dat ene afgebakende moment worden gepraat. Dat gaf vaak veel spanning en niet zelden zorgde dat er juist voor dat ik op het moment suprême dichtklapte, er niets uitkreeg en ook niets opnam. Zo kon het dan zijn dat ik twintig minuten later weer gedesilluseerd het pand uitliep.

Ik besepte echter wel dat ik deze keer op een andere manier in de wachtruimte zat. Ik kwam nu niets halen, maar iets brengen. Ik kwam niet voor hulp, maar om een bijdrage te leveren aan een bewustwordingsproces dat hopelijk een klein beetje zou bijdragen aan een betere zorg. Dat gaf toch een wezenlijk ander gevoel.

Toen Olaf me uiteindelijk kwam halen, liep ik achter hem aan zijn kantoor binnen. Ook dit voelde heel anders dan voorheen. Er was sprake van gelijkwaardigheid en dat voelde een stuk beter. Het gesprek zelf verliep zeer prettig. Ik legde uit waarom we deze lezing wilden geven en vertelde heel kort wat over mijn eigen ervaring met psychofarmaca.

Daarna ontstond er een mooi gesprek over de rol en de effecten van psychofarmaca in de psychiatrie. Olaf vertelde dat hij begin jaren negentig van de vorige eeuw was opgeleid als psychiater en vaak naar bijscholingsbijeenkomsten

ging om meer over medicijnen te leren. Dit was de tijd van revolutionaire vernieuwingen in de medicatie. Zo werden er veel bijscholingsbijeenkomsten georganiseerd en betaald door de farmaceutische industrie over *Selective Serotonin Reuptake Inhibitors* (SSRIs). Deze waren bedoeld om hun producten aan de man te brengen. Hij vertelde dat er mooie verhalen waren over neurotransmittertekorten, zoals serotonine, deze verhalen werden ondersteund door mooie plaatjes en filmpjes. Hier hoorden ook grote beloften bij. Deze middelen zouden erg goed werken en bijna geen bijwerkingen hebben. Voor de gemiddelde psychiater was dit natuurlijk fantastisch nieuws: dit waren middelen die hun patiënten, die leden aan ernstige somberheid en angsten, heel snel van hun klachten af zouden kunnen helpen.

Het was een tijd van groot optimisme en beloften voor de toekomst. De medicatie zorgde er, naast de verlichting van de klachten van de patiënt, ook voor dat de psychiater steeds meer een echte medisch specialist werd. Van oudsher werd de psychiater door andere disciplines, zoals cardiologen, chirurgen en internisten, niet gezien als een echte dokter. Psychiatrie is lange tijd meer gezien als pseudowetenschap. Met de komst van psychofarmaca en de opkomst van de biologische psychiatrie kwam hier verandering in. Dit zorgde natuurlijk voor een emancipatie van de psychiater als medisch specialist. Een win-win-winsituatie dus: de cliënt kwam van zijn klachten af, de psychiater was een serieuze dokter en de farmaceuten en onderzoekers verdienden er een dik belegde boterham mee.

Olaf gaf aan dat hij er pas veel later achter kwam dat deze medicijnen ook vaak ernstige bijwerkingen konden hebben en dat je er moeilijk weer vanaf zou komen. Daarnaast bleken ze helemaal niet zo goed te werken als in eerste instantie beweerd werd door de industrie zelf. In eerste instantie wilde hij dit niet echt geloven. Het kon toch niet waar zijn dat, wat hij als psychiater had geleerd, niet klopte. Het koste hem moeite en tijd om het uiteindelijk toch te accepteren en anders naar psychofarmaca te kijken.

Alles met elkaar was het een waardevol gesprek en het gaf mij weer nieuwe inzichten vanuit het perspectief van een voorschrijver van psychofarmaca. We spraken af dat hij de mogelijkheden voor een lezing binnen Lentis verder zou gaan bekijken en dat ik nog een keer, met Dick Bijl, bij hem langs zou komen om hier verder over te praten.

1.5 De overdaad aan psychofarmaca

Ik had inmiddels zelf, aan de hand van mijn dossier, een lijst gemaakt van alle psychofarmaca die ik in al die jaren had gebruikt. Ik schrok enorm van de uitkomst. Het bleek dat ik in drieëntwintig jaar eenenveertig verschillende psychofarmaca voorgeschreven had gekregen!

Het betreft de volgende psychofarmaca:

- dertien verschillende antidepressiva;
- acht verschillende antipsychotica;
- acht verschillende slaap- en kalmeringsmiddelen;
- twee verschillende stemmingsstabilisatoren;
- vijf verschillende stimulantia;
- verder nog antiparkinsonmiddelen, een anti-epilepticum en een aantal overige middelen.

Uit het dossier bleek ook dat ik het eerste halfjaar, na het starten van het eerste antidepressivum venlavaxine (Efexor), al twaalf andere middelen voorgeschreven heb gekregen. Daarnaast is er in die drieëntwintig jaar werkelijk geen jaar geweest waarin er geen veranderingen zijn geweest in de medicatie. Dit betekent dus dat ik ruim drieëntwintig jaar van mijn 18e tot mijn 42ste constant in opbouw en afbouw van medicatie heb gezeten. Wat was er nou zo ernstig mis met mij dat ik zoveel psychofarmaca nodig had? Was ik werkelijk zo ziek geweest, of was hier wat anders aan de hand?

Met wat ik inmiddels had geleerd over bijwerkingen en ontwenning vond ik dit een schokkende ontdekking, maar ik begreep nu wel waarom ik waarschijnlijk al die jaren zo ziek was geweest, waarom ik regelmatig met de meest uiteenlopende klachten naar de huisarts of spoedeisende hulp was geweest, waarom ik allerlei verschillende onderzoeken had ondergaan van spierbiopoten tot hersenscans, neurologische onderzoeken, bloedonderzoeken en dergelijke. Dit verklaarde voor mij waarom ik al die jaren zo wisselend had gefunctioneerd.

Ik heb de lijst met voorgeschreven psychofarmaca ook aan Dick Bijl laten zien. Zijn voorzichtige conclusie was dat er waarschijnlijk bij het eerste anti-

depressivum venlavaxine (Efexor) direct al ernstige bijwerkingen waren opgetreden en dat men daarna alleen maar bezig is geweest met het behandelen van de ernstige bijwerkingen. Dit idee had ik inmiddels zelf ook al en het beeld dat Dick hiervan had, bevestigde dit. Ik kan me ook nog goed herinneren dat ik na het starten van de venlavaxine (Efexor) meteen veel zieker werd. Mijn ouders hebben wel vaker gezegd dat ik, na het starten van dit middel, last kreeg van dingen waar ik nog nooit last van had gehad. Ik kan me ook nog herinneren dat ik, voordat ik antidepressiva kreeg, wel somber was, mijn leven niet leuk vond, maar nooit dood wilde of ook maar enigszins een doodswens had. Na de start van de venlavaxine (Efexor) veranderde dit al vrij snel. Ik begon suïcidale gedachten te krijgen en werd erg bang voor mezelf. Zo had ik al jaren altijd een zakmes in mijn broekzak, maar toen ik aan de venlavaxine (Efexor) was begonnen, werd ik bang voor dit zakmes. Ik werd bang dat ik mezelf hier iets mee aan zou doen. Verder werd ik erg onrustig, ik kreeg slaapproblemen en ik voelde me radeloos en wanhopig. In het dossier is ook terug te vinden dat het, na het eerste gebruik van antidepressiva, snel bergafwaarts met me ging. Niet lang na de start van de venlavaxine (Efexor) volgde dan ook mijn eerste opname op de psychiatrische afdeling (PAAZ) van het plaatselijke ziekenhuis.

1.6 Rechtdaardigheid

Toen ik me de absurditeit van mijn medicatielijst realiseerde, groeide ook mijn boosheid en verontwaardiging. Hoe heeft dit eigenlijk kunnen gebeuren, waarom heeft er niemand ingegrepen, waarom heb ik hier zelf niets aan gedaan, waarom heb ik dit zelf toegestaan? Boosheid en woede overspoelde mij steeds meer. Maar wat moest ik met deze boosheid, waar moest ik het op richten? Steeds meer begon me een ongemakkelijk gevoel te bekruipen.

Doordat ik mijn eigen dossier nader had bestudeerd, door mijn samenwerking met Dick en Julie-Anne en door de literatuur die ik las, kwam ik er steeds meer achter dat de eenentwintig labels, de eenenveertig verschillende psychofarmaca en de traumatiserende werking die dit al deze jaren op mij heeft gehad, eigenlijk absurd zijn. Mijn behandeling was niet gebaseerd op de juiste wetenschappelijke gronden en hierdoor kreeg ik sterk het gevoel dat mij een behoorlijk onrecht was aangedaan.

Ik realiseerde me dat gedetineerden die ten onrechte in de gevangenis hebben gezeten, een vergoeding krijgen voor de dagen dat ze ten onrechte gedetineerd zijn geweest. Deze mensen worden gezien als slachtoffer van een gerechtelijke dwaling, ook wel een onrechtmatige overheidsdaad genoemd. Het is wettelijk bepaald dat mensen die onterecht gedetineerd zijn geweest recht hebben op een materiële en immateriële schadevergoeding. Dit geldt ook voor patiënten die slachtoffer zijn geworden van een medische misser, dit is letselschade door medisch handelen (iatrogene schade).

Maar hoe verhoudt zich dit dan tot de psychiatrie? Wat nou, als je onterecht jarenlang allemaal zware medicijnen hebt gekregen waar je ernstige schade door hebt opgelopen? Wat nou, als je allerlei diagnoses hebt gekregen die niet kloppen? Wat nou, als je ruim twintig jaar van je leven constant erg ziek bent geweest van (veel) te veel psychofarmaca? Wat nou, als je je identiteit niet goed hebt kunnen ontwikkelen, omdat je vanaf je 19e als psychiatrisch patiënt bent gelabeld en behandeld? Wat nou, als je geen carrière, gezin, pensioen en vermogen op hebt kunnen bouwen, omdat de diagnoses en met name de psychofarmaca je functioneren ernstig beperkten? Welke rechten heb je eigenlijk als cliënt, als burger, als mens in de psychiatrie?

Naast mijn boosheid en verontwaardiging over wat mij in al die jaren was aangedaan, ging een mogelijke genoegdoening mij ook steeds meer bezighouden. Zeker nu ik meer had geleerd over hoe de ggz in elkaar steekt, over de willekeur die in de diagnostiek plaatsvindt, het ontbrekende (meetbare) bewijs voor de veelvoud aan psychiatrische categorisaties en labels, het ontbrekende bewijs voor het verhaal van de onbalans in neurotransmitters, het bagatelliseren en ontkennen van ernstige bijwerkingen en ontwenningproblematiek. Ik voelde heel sterk dat ik hier wat mee moest. Om te beginnen ging ik online op zoek naar jurisprudentie. Ik vond wel wat uitspraken over gedwongen zorg (voorheen verplichte ggz), maar niet veel over iatrogene schade door ondeugdelijke diagnostiek of buitensporig behandelen met psychofarmaca.

Ik besloot daarom om eerst maar eens bij het juridisch loket langs te gaan en mijn probleem daar voor te leggen. Omdat ik zelf geen financiële middelen had, kreeg ik bij het juridisch loket een lijst mee met advocaten die met een

toevoeging werken. Dit betekent dat deze advocaten voor mensen, die de juridische kosten zelf niet kunnen betalen, een toevoeging aanvragen bij de Raad voor Rechtsbijstand.

Eenmaal thuis ben ik direct aan de slag gegaan met het benaderen van de advocaten op de lijst. Dit draaide uit op een behoorlijke teleurstelling. De een na de ander gaf aan geen tijd te hebben, geen expertise op dit gebied te hebben, de zaak te complex te vinden of niet zo'n lastige zaak voor een toevoeging te willen doen. Je recht halen in een rechtstaat, wanneer je zelf geen vermogen hebt, blijkt toch een stuk lastiger dan ik in eerste instantie had gedacht.

1.7 De aduocaat

Vervolgens ben ik landelijk op zoek gegaan naar letselschadeadvocaten die met een toevoeging werken. Dit bleek een ellenlange zoektocht te worden naar een spreekwoordelijke speld in een hooiberg.

Ik heb er ruim veertig benaderd en ik kreeg steeds dezelfde afwijzingen als eerder beschreven. Ik stond op het punt om naar de deken van het arrondissement te stappen met het verzoek een advocaat aan te wijzen die mijn zaak dan zou moeten behartigen, uiteraard had dit niet mijn voorkeur. Gelukkig kwam er een telefoontje van het advocatenkantoor AMBT Advocaten te Winschoten. Ik had advocaat Wilko ten Have aan de lijn, hij verontschuldigde zich eerst dat het een tijd had geduurd voordat hij op mijn mail reageerde, hij wilde deze zaak eerst intern bespreken. Hij vervolgde met de mededeling dat hij de zaak wel zag zitten en dat we een eerste kennismaking in moesten plannen. Natuurlijk was ik zeer verheugd met deze mededeling.

Er volgde al vrij snel een eerste kennismaking bij mij thuis. Eenmaal aan de eettafel heb ik in het kort mijn verhaal gedaan en uitgelegd waarom ik dacht dat mij ernstig onrecht is aangedaan en dat ik een verandering in het huidige voorschrijfbeleid wilde bewerkstelligen. Wilko kon mijn gedachtegang hierover wel volgen en we vonden allebei dat het goed zou zijn om te onderzoeken of we GGZ Friesland aansprakelijk konden stellen voor de opgelopen schade door buitensporig behandelen met psychofarmaca. We wisten allebei dat, wanneer je verandering van beleid wilt, je dit soms moet afdwingen via een gerechtelijke procedure. Op het moment dat bepaald beleid een instelling veel geld, in de zin van schadeclaims, gaat kosten, is de kans groot dat men

anders naar het beleid gaat kijken, men zal dan ook wel moeten. Ik denk zelf dat er al veel te lang slachtoffers vallen in de psychiatrie en dat is niet nodig. Ik heb al te vaak meegemaakt dat mensen die zwaar onder invloed van medicijnen waren, zelfmoord hebben gepleegd.

Nu wil ik zeker niet beweren dat de psychiatrie bewust slachtoffers maakt, of dat de intenties van de mensen die werkzaam zijn in de ggz niet oprecht en integer zijn, maar ik ben zeker van mening dat de diagnostiek, met bijbehorende stigmatisering, conditionering en hospitalisering, samen met overmatig behandelen met psychofarmaca tot onnodige slachtoffers leidt. Niet alleen de cliënten kunnen slachtoffer worden van dit beleid, soms zijn ook de werknemers in de ggz slachtoffer van de manier waarop er in de ggz wordt gewerkt. Hoe frustrerend moet het zijn als je mensen onder je vingers voelt wegglijpen. Hoe naar is het als je steeds meer tijd moet besteden aan het verantwoorden van wat je doet, in plaats van dat je tijd en aandacht kunt besteden aan de cliënt. Misschien geef ik nu een te somber en zwartgallig beeld, maar dit is wel een beetje hoe ik het beleefd heb.

Nadat we hadden gepraat over mijn geschiedenis in de ggz en het algemene beleid, kwamen we tot een plan van aanpak. We vonden dat een instelling als een ggz verantwoordelijk is voor het diagnosticeren en voorschrijven van psychofarmaca door haar medewerkers. Hoe gingen we dit dan aanpakken? De advocaat legde uit dat we eerst mijn verhaal goed op papier moesten krijgen en hiermee naar een onafhankelijke deskundige moesten. Deze onafhankelijke deskundige moest dan een rapport schrijven waarin hij of zij de juridische vragen, opgesteld door de advocaat, zou beantwoorden. Met dit rapport en mijn verhaal zouden we dan naar GGZ Friesland stappen en hen officieel aansprakelijk stellen voor de geleden schade. Vervolgens zou het de vraag zijn hoe GGZ Friesland de zaak dan zou oppakken. Zouden ze de geleden schade erkennen en hun verantwoordelijkheid nemen, of zouden ze hun verantwoordelijkheid ontkennen en een rechter hierover laten oordelen?

Hierna probeerde ik zo goed mogelijk mijn verhaal op papier te krijgen. Deels gebruikte ik mijn eerder genoemde herstelverhaal hiervoor en deels schreef ik nieuwe stukken.

1.8 Einde van een gezamenlijk project

Ik vond dat ik Julie-Anne op de hoogte moest stellen van mijn plannen om GGZ Friesland aansprakelijk te stellen, aangezien we samen een project waren gestart waarin GGZ Friesland (haar oude werkgever) een grote rol speelde. Zo gezegd zo gedaan en bij onze eerstvolgende telefonische contactmoment vertelde ik haar van mijn plannen om GGZ Friesland aansprakelijk te stellen voor mijn opgelopen schade. Ze gaf aan even niet zo goed te weten wat ze daarvan moest denken. Ze snapte mijn sentiment van boosheid en verontwaardiging wel, maar vroeg zich af of dit de manier was om daarmee om te gaan. Ze gaf aan er over te moeten nadenken wat dit voor ons gezamenlijke project zou betekenen. We spraken af dat we er op een later tijdstip op terug zouden komen.

Een paar dagen later belde ze me 's avonds op. Ze gaf aan het toch wat bezwaarlijk te vinden dat ik mogelijk een claim neer zou leggen bij haar voormalige werkgever, omdat zij hier als oud-werknemer een andere positie in had dan ik. Daarnaast vond ze het uitgangspunt van een mogelijke claim toch wel wezenlijk verschillen van het project van reflectie en beschouwing, wat ons gezamenlijke boek zou moeten worden.

Voor een groot deel kon ik haar denkwijze wel volgen. Het uitgangspunt van deze twee zaken was inderdaad ook anders, maar het doel in mijn ogen niet. Bij allebei was voor mij het uitgangspunt om aandacht te genereren voor een nijpend probleem binnen de psychiatrie. Ik wilde met allebei een bijdrage leveren aan een bewustwordingsproces waar anderen al lange tijd mee bezig zijn. De stem van de cliënt als slachtoffer van een systeem, dat helaas veel slachtoffers maakt, wordt in mijn ogen al te vaak overstemd door wetenschappelijk onderzoek dat iets anders beweert. De wetenschap, de farmaceutische industrie en de beleidsmakers zijn vele malen machtiger en worden veel meer gehoord dan de cliënt. De kloof tussen die twee is in sommige gevallen erg breed. Er zijn gelukkig wel kritische wetenschappers en hoogleraren die waarschuwen voor de risico's van ondeugdelijk onderzoek, dat door commercialisering, prestatiedrang, publicatieplicht en het komen tot winstgevende producten ondermijnd wordt.

Zo geeft Trudy Dehue in de boeken *De depressie-epidemie* (2008) en *Betere mensen* (2014) een kritisch inkijkje in de geschiedenis van de gezondheidswetenschap en hoe deze heden ten dage in elkaar steekt. Hieruit blijkt dat er forse risico's kleven aan de manier waarop wij onderzoek doen vanuit bepaalde paradigma's (denkkaders) en welk effect de commercialisering heeft op de betrouwbaarheid van de wetenschappelijke onderzoeken.

Verder legt ze uit dat wetenschap eerder de werkelijkheid vormgeeft dan dat ze deze verklaart. Zo is de DSM ook geen boek met wetenschappelijke verklaringen, maar een systeem om een gemeenschappelijke taal te ontwikkelen waarin onderzoekers en hulpverleners kunnen communiceren. De DSM verklaart dus geen stoornissen, maar creëert ze eigenlijk meer door bepaalde gedragingen te categoriseren, deze categorieën een naam te geven en te besluiten dat dit stoornissen en ziektes zijn, die in veel gevallen ook behandeling nodig hebben.

Ook Jim van Os laat zich in zijn boek *De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe ggz* (2014) kritisch uit over de DSM en de manier waarop deze tot stand is gekomen. Hij pleit hierin voor een meer persoonlijke diagnostiek. Minder gericht op een medisch model dat uitgaat van hersenziektes, maar meer op een model dat uitgaat van kwetsbaarheid en weerbaarheid, waarin de beleving van de mens in interactie is met zijn omgeving en de sociale context.

Zowel Trudy Dehue als Jim van Os schrijven over de grote beloften die breinonderzoeken ons hebben gegeven, maar zelden hebben opgeleverd wat men (vaak onder financiële druk) had beloofd. Uit de boeken van Dick Bijl, *Het pillenprobleem* (2020) en *Antidepressiva en depressie* (2019), ontstaat eenzelfde beeld van onbetrouwbare wetenschappelijke onderzoeken die grote beloften doen en de risico's bagatelliseren of ontkennen. Ook Peter Gøtzsche beschrijft deze problemen in zijn boeken *Dodelijke psychiatrie en stelselmatige ontkenning* (2016) en *Hoe overleef ik? Wegwijzer in een overvloed aan medische informatie* (2018).

Ik hoop met mijn eigen ervaringen hieraan bij te kunnen dragen door middel van een boek en ook door middel van een claim tegen GGZ Friesland. Ik zal zeker niet ontkennen dat dit laatste ook bedoeld is voor een stukje eigen genoegdoening en hopelijk een financiële compensatie van ruim twintig jaar

van erg veel ellende, die ik meerdere keren bijna met mijn leven heb moeten bekopen. Maar behalve dat ik er erkenning en compensatie van mijn eigen lijden door hoop te verkrijgen, hoop ik dat dit bij gaat dragen aan een meer kritische blik vanuit de ggz zelf.

We hebben nog even overwogen of ik de eventuele rechtszaak tegen GGZ Friesland kon uitstellen tot we ons boek klaar zouden hebben, maar dat voelde voor Julie-Anne niet goed. Dit begreep ik vanuit haar perspectief wel en gelukkig begreep zij mijn perspectief ook. Het kwam er nu op neer dat ik een keuze zou moeten maken waar ik mee verder wilde gaan. Wilde ik met de claim tegen GGZ Friesland verder gaan, dan zou ons gezamenlijke project stoppen. Wilde ik doorgaan met ons gezamenlijke project, dan moest de claim wijken. Ik vond dit een dilemma en had even tijd nodig om alles goed te overdenken en een goede afweging te maken. Ik wilde zeker niet over een nacht ijs gaan, omdat ik beide projecten van belang vond en ze me allebei aan het hart gingen. Was de claim puur uit boosheid, was dit een verkeerde manier om met mijn boosheid, verdriet en pijn om te gaan, of was het terecht dat ik GGZ Friesland aansprakelijk wilde stellen voor mijn veroorzaakte ellende?

Nadat ik er met mijn advocaat en nog een paar mensen uit mijn omgeving over had gesproken, heb ik uiteindelijk een keuze gemaakt. Daarna heb ik Julie-Anne opgebeld. Ik vertelde haar dat ik toch door wilde gaan met de claim tegen GGZ Friesland. Voor mijn gevoel moest ik dit gewoon doen. Ik gaf aan dat ik het een lastige keuze vond, maar dat ik hierin toch mijn eigen gevoel moest volgen. Julie-Anne antwoordde dat ze deze keuze wel had verwacht en we spraken allebei uit dat we elkaars keuzes respecteerden. Ik had het een mooi en leerzaam proces gevonden om samen met haar naar mijn dossier te kijken en het samen over onze rollen als cliënt en hulpverlener te hebben. Overigens hebben we tijdens het schrijven van dit boek wel contact gehouden.

1.9 Op eigen benen schrijven

Na de beëindiging van onze samenwerking bleef het idee van een boek schrijven wel in mijn hoofd zitten, maar ik probeerde het eerst even los te laten. Het bleef echter kriebelen en het liet me niet meer los. Er was iets aangezwengeld wat zich niet zomaar meer liet temmen.

In eerste instantie hield ik mij bezig met het schrijven van mijn eigen verhaal voor de claim tegen GGZ Friesland. Ik gebruikte mijn herstelverhaal hiervoor en paste het waar nodig aan, zodat een onafhankelijke deskundige dit kon gebruiken voor het schrijven van een rapport. Ik merkte dat het schrijven me met vlagen goed af ging. Nadat ik het hele verhaal in drieëntwintig pagina's op papier had gezet, besloot ik door te gaan met schrijven. Voorzichtig typte ik de eerste letters van de inleiding van dit boek op de laptop. Het gaf een bevredigend gevoel, hoewel ik wist dat het eerste stuk nog maar de inleiding was en dat er nog pijnlijke dingen op papier gezet zouden worden.

Tot zo ver heeft u kunnen lezen waar ik momenteel sta, hoe ik tot het schrijven van een boek ben gekomen en wie daar een rol in hebben gehad. Nu komt het echte verhaal en moet ik gaan graven in een pijnlijk verleden. Ik neem u graag mee in een reis door de psychiatrie van een kwart eeuw. Ik doe dit door aan de hand van mijn eigen dossier en mijn eigen herinneringen een beschrijving te geven van mijn ervaringen binnen de psychiatrie, de aanloop ernaartoe en de gevolgen van de behandelingen in de psychiatrie. Ik zal trachten, aan de hand van interviews met naasten, oud-behandelaren en onafhankelijke deskundigen, duiding te geven aan mijn eigen verhaal en in meer algemene zin aan de psychiatrie in het totaal. Aan het eind van het boek zal ik met een beschouwende conclusie komen en met aanbevelingen voor huidige en toekomstige cliënten en hulpverleners over het verantwoord omgaan met psychofarmaca. Verder staan er tot besluit van dit boek nog een aantal relevante onafhankelijke websites met informatie over de verschillende thema's die in dit boek aan de orde komen. De interviews met mijn naasten zijn verwerkt in het hele verhaal. De interviews met oud-behandelaren volgen nadat ik de periode heb beschreven, waarin ik met deze personen te maken had. De interviews met de onafhankelijke deskundigen worden in hoofdstuk 8 beschreven.

Gaat u mee op een surrealistisch avontuur in het hart van de psychiatrie?

13 x ANTI-DEPRESSIVA
8 x ANTI-PSYCHOTICA
5 x STIMULANTIA
LITHIUM

ANTI-PARKINSON



Hoe kan het dat een jonge man met adolescentie-problematiek ruim twintig jaar chronisch psychiatrisch patiënt werd, 22 verschillende diagnoses kreeg en ruim 40 verschillende psychiatrische medicijnen voorgeschreven kreeg, en wat zegt dit over het functioneren van de geestelijke gezondheidszorg?

In dit boek beschrijft Ewout Kattouw zijn lange weg in de psychiatrie en hoe hij hier uiteindelijk weer uit kwam. Dit doet hij aan de hand van zijn herinneringen, zijn eigen dossier en interviews met zijn naasten en oud-behandelaars.

Hij stelt zichzelf, en de lezer, de vraag: 'wie is er nou eigenlijk gek?' Is hij zelf gek, is de manier hoe er in de geestelijke gezondheidszorg wordt gewerkt gek, of zit de gekte in de manier hoe we onze maatschappij vorm hebben gegeven?

Om hier antwoorden op te vinden ging hij in gesprek met onafhankelijke deskundigen zoals Jim van Os, Trudy Dehue, Paul Verhaeghe, Dick Bijl, Philippe Delespaul en anderen.

8 x BENZODIAZEPINE

CAFFEÏNE

ANTI-EPILEPTICA

GEEN ZIEKTE INZICHT

ISBN 978-94-93127-15-9



9 789493 127159 >

nur 875/402

