

Klankspiegel

Tijdschrift over stemmen horen
en andere gerelateerde ervaringen



Dirk Corstens

**Project
'Stemmen laten
zich horen!'**

Mad Pride

Colofon

De Klankspiegel is een uitgave van Stichting Weerklank. Weerklank heeft als doel het taboe rond stemmen horen en psychosen te doorbreken, aan te tonen dat stemmen horen en bijzondere zintuiglijke ervaringen niet per se een ziektebeeld vormen, het contact tussen lotgenoten te bevorderen en het tweerichtingsverkeer tussen hulpverlener en cliënt op gang te brengen. Hiervoor worden informatie (in dit blad en online), advies, contactpersonen en open dagen ingezet.

Redactie Klankspiegel

Corine Wepster, eindredacteur
Dirk Bol
Geert Zomer
Mario Domen

Bestuur Weerklank

Peter Oud, voorzitter
Geert Zomer, secretaris
Aart Nijmeijer, penningmeester
Yvonne Doornbos,
Corine Wepster
Jolanda van Hoeij
Katharina Ka
Jim van Os

Redactieadres

Vragen, opmerkingen en bijdragen graag op het adres: klankspiegel@stichtingweerklank.nl

Websites

www.stemmenhoren.nl
www.stichtingweerklank.nl

Illustraties

Diverse bronnen

Concept & Ontwerp

Giselle Segura Gelink Grafisch Ontwerp

Lay-out en Drukwerk

Centrum Drukwerk
Het volgende nummer verschijnt in mei 2023
Uiterlijke inleveringdatum kopij voor dit nummer:
26 april 2023

© Stichting Weerklank

Overname van artikelen alleen met toestemming van de redactie en auteurs.

Wij verzoeken de donateurs en/of lezers vriendelijk, maar ook dringend, indien men naar buiten treedt in de publiciteit namens Stichting Weerklank, dit vooraf te overleggen met het stichtingsbestuur. Dit is bedoeld om verkeerde beeldvorming te voorkomen.

ISSN 1380-0612

Inhoud

PAGINA 3
Redactioneel

PAGINA 4
Van de bestuurstafel
Geert Zomer

PAGINA 5
**‘Wil je iets veranderen, dan moet je
het ook radicaal veranderen’**
Geert Zomer

PAGINA 10
**Zal het ‘medicatievrije’ ziekenhuis
in Noorwegen overleven?**
Geert Zomer en Mario Domen

PAGINA 17
**‘Stemmen laten zich horen
in de regio!’**

PAGINA 20
**Degene die het meest aan de norm voldoet,
wijkt het meest af**
Mario Domen

PAGINA 23
Zingeving
Geert Zomer

PAGINA 24

Gedichten Toon Tellegen

PAGINA 26

Een pleidooi voor individuele benadering

Mario Domen

PAGINA 34

Handen die licht geven

Geert Zomer

PAGINA 36

Ingezonden brief

Mario Domen

PAGINA 37

Boeken Stichting Weerklank

PAGINA 38

**Steunpunten en/of gespreksgroepen
voor mensen die stemmen horen**

Geert Zomer

Beste lezer,

Voor u ligt de eerste Klankspiegel van 2023. Naast een artikel over de Mad Pride beweging en een interview met psychiater Dirk Corstens is er de oproep aan u, de lezer, om uw ideeën en ervaringen rondom 'zingeving' te verwerken in een tekst, een video of in een muziekstuk. 'Zingeving' is namelijk het thema van de tweede Klankspiegel van dit jaar.

In Noorwegen wankelt het prachtige initiatief van 'medicijnvrij behandelen'. In een door ons vertaald interview van journalist Robert Whitaker, van de website madinamerica.com, met Ole Andreas Underland, de initiatiefnemer, kunt u hierover lezen.

Ook besteedt de Klankspiegel aandacht aan het project 'Stemmen laten zich horen in de regio!' Stichting Weerklank heeft namelijk een subsidie toegekend gekregen van ZonMw (De Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie) en geeft hier uitvoering aan.

Wij stellen het trouwens op prijs als u uw bevindingen bij het lezen van de Klankspiegel met ons deelt. Mario Domen doet een oproep hiervoor. Wees ook niet beschroomd om de Klankspiegel met anderen te delen, zodat zij kennismaken met ons magazine.

Wij, als redactieteam, wensen u veel leesplezier.

Van de bestuurstafel

Sterren fonkelen aan het hemelgewelf. Invloeden van planeten wervelen rond bomen, resoneren in ballades, country songs en aria's en zijn voelbaar in strelingen van kinderen door liefdevolle vaders en moeders.

Maar soms hebben ouders zelf geen liefdevolle ouders gekend en zijn ze op hun beurt niet in staat om een liefdevolle relatie aan te gaan met hun kinderen. Zo kan het zijn dat stemmen zich een weg zoeken tussen restanten van wat vroeger nooit is gehoord, gezien en erkend.

Deze stemmen krijgen nu een kans zich te laten horen in een e-learning omgeving en via non-verbale technieken in stemmenhoordersgroepen. Dit omdat ZonMw onze subsidieaanvraag voor het project 'Stemmen laten zich horen in de regio!' heeft goedgekeurd. Goed nieuws dus!

Soms lijken dagen grauw en grijs.
Maar als wolken openbreken,
sprankelt licht als nooit tevoren
en gaan schaduwen op reis.



Geert Zomer, secretaris

‘Wil je iets veranderen, dan moet je het ook radicaal veranderen’ – in gesprek met Dirk Corstens.

Geert Zomer



Dirk Corstens

Tijdens de afgelopen Wereld Stemmenhoordag kreeg Dirk Corstens de Wisseltrofee Stemmen Horen uitgereikt vanwege zijn grote betekenis voor de stemmenhoorbeweging in binnen- en buitenland. Dirk werkt drie dagen in de week bij GGZ Noord-Holland-Noord. Op woensdagen werkt hij met twee ervaringsdeskundigen samen met het begeleiden van ‘netwerken’ volgens de Open Dialogue methode bij Het Blauwe Paard netwerk in Utrecht. Op vrijdagdagen werkt hij bij de Stemmenpoli Alkmaar, samen met Peter Oud, voorzitter van Stichting Weerklank en psychiatrisch verpleegkundige en met Gert Haringsma, Gezondheidswetenschapper en GZ psycholoog. Dirk is vice-voorzitter van Interoice. Dinsdagavond 12 januari sprak ik met hem via Skype.

Als oudste van acht kinderen ben ik in Brabant geboren, in de Kempen, tegen de Belgische grens. Mijn vader was huisarts. Mijn moeder deed de apotheek. Mijn vader behoorde, samen met de pastoor en de notaris, tot de notabelen van het dorp. Laatstgenoemden kwamen veel bij mijn vader over de vloer maar zijn favoriete doelgroep was de boeren. Als kind ging ik vaak mee op huisbezoek. Soms mocht ik mee naar binnen, soms moest ik in de auto blijven. Ik vond dit altijd fascinerend. Als zoon van de huisarts had je een bepaalde status. Enerzijds werd je benijd, anderzijds werd je ‘buitengehouden’. Toen mijn vader met pensioen ging, had ik de mogelijkheid om de praktijk over te nemen, maar dit heb ik bewust niet gedaan omdat ik niet in een gespreid bedje wilde komen. Ik wilde niet zo’n positie in de gemeenschap hebben en ik vond het huisartsenvak wel erg moeilijk. Toen ik na mijn stu-

Interview

die bij mijn vader stage liep, werd ik op een dag gebeld door Toon Rutgers, psychiater op Vogelenzang: of ik de volgende week kon beginnen als agnio, assistent geneeskundige niet in opleiding, op een opnameafdeling waar geen psychiater was. Ik was kennelijk tijdens mijn coschap opgevallen op Vogelenzang.

De psychiatrie, coschap op Vogelenzang

Om allerlei redenen wilde ik graag de psychiatrie in. Ik vond het gezinsleven, laat ik het positief benoemen, fascinerend maar ook vaak een raadsel. Ik had een aantal vrienden in mijn studententijd die met de psychiatrie in aanraking waren gekomen en een vriendin die psychiatrisch verpleegkundige werd, in plaats van arts. Op een gegeven moment ben ik met een van die vrienden, die de diagnose schizofrenie had, de eerste psychiatriecolleges gaan volgen bij van Tilburg. Tijdens het tweede college keken wij elkaar aan en we zijn weggelopen en daar eigenlijk nooit meer teruggekomen. De ideeën die daar over psychiatrie werden gebezigd vond ik dermate beperkt, daar kon ik niet naar luisteren. Ook de manier waarop over en met patiënten werd gesproken viel me zwaar. Ik ben toen zelf psychiatrieboeken gaan lezen. Het was de tijd van Foudraïne, van de antipsychiatrie, die waren ons ver voor. Tijdens dit coschap op Vogelenzang heb ik voor mijzelf proberen te bepalen: zou ik dit kunnen en zou ik dit willen? Neem ik niet te veel mee naar huis? Want je hoort veel ellende. Ik heb toen de conclusie getrokken dat ik het een interessant vak vond. Vooral het omgaan met de patiënten vond ik boeiend. Een paar maanden later werd ik dus gebeld of ik kon komen werken op Vogelenzang en sindsdien, sinds 1984, werk ik in de psychiatrie.

Mijn opleiding tot psychiater bij Marius Romme

Na drie jaar ben ik de opleiding gaan volgen, in Maastricht. Het liefst wilde ik in de sociale psychiatrie. Er waren in Nederland twee plekken waar sociale psychiatrie werd bedreven: in Groningen en in Maastricht. Groningen, bij Rob Giel, was meer epidemiologisch getint. Marius Romme doceerde in het zuiden. Dat wat ik over hem gelezen had en wat ik over hem hoorde - inmiddels werkte een vriendin ook als psychiater in opleiding in Maastricht -

maakte dat ik daar naartoe wilde. Dus heb ik daar gesolliciteerd. Er waren vijf plekken en honderd sollicitanten. Als je nu alleen maar fluistert dat je psychiater wilt worden, word je bij je nekvel gepakt en heb je een opleidingsplek. Maar toen moest je er erg je best voor doen. Een jaar later mocht ik beginnen. Inmiddels werkte ik op Veldwijk en had al bijna drie jaar ervaring. De sociale psychiatrie vond ik een boeiend terrein: hoe verhoudt de mens zich tot de maatschappij? Na drie jaar kon ik bij de sociaal-psychiatrische dienst komen werken en ik kreeg later ook tijdelijk een aanstelling bij de universiteit, bij Marius. Zo ben ik ook met stemmen horen in aanraking gekomen. Dat was in 1991, Marius was daar al een jaar of vier mee bezig. Er liep al een onderzoek naar stemmen horen, waar ik toen ook aan heb meegewerkt. Ik ben mij meer gaan richten op behandeling en Marius meer op onderzoek.

Stemmen horen begrijpelijk maken

Met Marius heb ik onder andere gewerkt aan de geheel herziene uitgave van het boek Stemmen horen begrijpelijk maken. Dit is in coronatijd verschenen. Normaal zou je dat met een congres presenteren maar dat ging toen niet. Het boek is inmiddels vertaald in het Engels. Ik verwacht dat het eind dit jaar zal uitkomen. De Deense vertaling komt er ook aan.

Intervoice

Marius en Sandra hebben Stichting Weerklank opgericht. Ik heb mij buiten Weerklank gehouden omdat zij daar al mee bezig waren, vooral Sandra. Ik ben op een gegeven moment door Marius gevraagd om voorzitter van Intervoice te worden, de internationale stichting voor en door stemmenhoorders. Dit heb ik negen jaar gedaan. Op een gegeven moment werd het bestuur grotendeels overgenomen door stemmenhoorders, zoals het hoort. Ik zit nog steeds in het bestuur, maar nu als vice-voorzitter.

Wereldcongres Stemmen Horen

Het Wereldcongres Stemmen Horen wordt, na overleg met Intervoice en zonder subsidie van buitenaf, zelfstandig door de betreffende landelijke

Interview

organisatie georganiseerd. Dat is fantastisch. Het is ongelooflijk hoe dit toch steeds weer goed gaat. Wij zijn toe aan een dertiende editie. In 2019 werd het in Montreal georganiseerd, in Canada. In 2020 ging het vanwege corona niet door. In 2021 was het geheel online vanuit Ierland en vorig jaar werd het in Brazilië gehouden. Volgend jaar wordt het door Frankrijk georganiseerd, in Parijs. Het wordt weer een echt Frans gebeuren: humoristisch en chaotisch, met veel inbreng van stemmenhoorders. De laatste keer dat het daar georganiseerd werd was ik erg onder de indruk. Het is een mooie stad, ze kunnen daar zeer behoorlijk organiseren en je krijgt er makkelijk contact met mensen. Ik verwacht er veel van, 'iedereen' zal er zijn.

Brazilië

In Brazilië waren Marius Romme, Paul Baker, Kellie Stastny en ik de enigen van buiten Brazilië. De Intervoicedag, voorafgaande aan het congres, was online. De eerste congresdag was op een universiteit, een congres in de klassieke zin van het woord. Er waren twee plenaire bijeenkomsten, met lezingen in een grote aula. De tweede dag was op een andere universiteit. Daar waren twee workshops, een 's morgens en een 's middags. Het was mooi om te zien hoe gepassioneerd die groep Brazilianen bezig is. In hun cultuur spelen geesten een belangrijke rol: spirits. 'Geesten' is eigenlijk niet de goede vertaling, 'spiritueel' ook niet, het zijn echt entiteiten. Veel Brazilianen hebben contact met spirits. Er zijn zelfs spiritual psychiatric hospitals. Daar combineren ze de gewone psychiatrie, die met pillen, met het geloof in spirits. Er zijn bijvoorbeeld groepsbijeenkomsten waarin met spirits contact wordt gezocht. Een toekomstig lid van het Intervoiced bestuur, een psycholoog, hoort een goedaardige stem die hemzelf en anderen advies geeft. Het is fascinerend als je hem daarover hoort spreken. De Brazilianen hebben een andere verhouding tot stemmen. Het is daar normaler, meer maatschappelijk ingebed. Maar zodra je als psychiatrisch patiënt gezien wordt, wordt het toch een ander verhaal.

Verschillende accenten

In Brazilië wordt er veel gekeken naar de zieken-

huisloze psychiatrie in Trieste, in Italië. Er zijn veel verbanden. Er zijn allerlei centra die proberen volgens het Trieste-model van de psychiater Basaglia, te werken maar er zijn ook klassieke psychiatrische fabrieken, en van alles daartussen, bijvoorbeeld spiritual psychiatric hospitals. Veel psychologen houden zich bezig met Lacaniaanse psychoanalyse. In Nederland is deze praktijk vooral bekend geworden door Jos de Kroon en Antoine Mooij, beiden psychoanalyticus en psychiater. Er liggen daar echt verschillende accenten. Er is een ontzettende armoede. Zorgverzekeringen werken niet zoals hier. Geld speelt een belangrijke rol. Veel mensen hebben geen toegang tot zorg en zijn vaak aangewezen op hun familie of leven op straat.

Scandinavië

In Noorwegen hebben familieleden de politiek bewerkt en zo voor elkaar gekregen dat in iedere provincie een medicijnvrije psychiatrische afdeling moet zijn. Het is natuurlijk een enorme stap vooruit, dat mensen ook een programma aangeboden krijgen om van hun medicatie verlost te worden en waar het mogelijk is om medicijnvrij behandeld te worden.

In Finland heeft men, door de Open Dialogue op grote schaal toe te passen, de psychiatrie radicaal hervormd. Bij de Open Dialogue krijgt maar een derde van de mensen met een eerste psychose medicatie en vaak in een lage dosering. De meeste mensen krijgen ook individuele psychotherapie, ook door daartoe opgeleide verpleegkundigen en ze kennen heel weinig opnamedagen. Alles wordt besproken en zoveel mogelijk opgevangen in het sociaal netwerk. In Noorwegen wordt de Open Dialogue ook enigszins toegepast. Zweden heeft een traditie van psychodynamische psychotherapie, Johan Cullberg heeft in zijn boek *Moderne psychiatrie* mooi daarover geschreven. Maar de grote jongens zijn de pillenmensen die gesteund worden door de farmaceutische industrie. Ook in Scandinavië zie je de wegen uit elkaar lopen: een psychiatrie die probeert los te komen van medicatie en een psychiatrie die voornamelijk biologisch van aard is. Dat zie je in Denemarken ook: de sociale, door gemeentes gefinancierde en de klinische, door de

Interview

staat gefinancierde psychiatrie, waarbij de laatste vooral over pillen gaat.

Medicatie

In de psychiatrie in Nederland kunnen mensen die in dwangbehandeling zijn verplicht worden medicatie te slikken. Als je klachten ervaart die als psychotisch worden geduid en geen medicijnen wilt (en je hebt geen dwangbehandeling) dan 'kunnen wij je niet behandelen'. Dit is niet de macht van de farmacie, het is de macht van de dokters en verpleegkundigen! Dat is wat wij doen. Men verschuilt zich nogal eens achter de farmaceutische industrie. Natuurlijk heeft die belangen, maar het zijn de psychiaters die dat uitvoeren! Ik geef ook gewoon medicatie. Als ik in mijn eentje moet toezien op driehonderdtwintig mensen, lukt mij dat niet zonder medicatie voor te schrijven. Waar ik nu werk, bij GGZ Noord-Holland-Noord, is men gewend veel medicatie te geven. Vooral als ik dit vergelijk met Maastricht, waar ik eerder gewerkt heb. Het zijn echt de dokters die vinden dat iemand met een psychose de rest van zijn leven medicatie moet gebruiken, en nog iets erbij en nog iets erbij ... Ik doe dat soms ook, omdat ik soms gewoon met mijn rug tegen de muur sta, maar ik probeer het niet te doen. Het gaat om een mentaliteitsverandering: het behandelen zonder of met zo min mogelijk medicatie kun je alleen doen vanuit de overtuiging dat psychiatrische problemen samenhangen met levensgebeurtenissen en als je met het sociaal netwerk intensief samenwerkt. Zo komen we bij stemmen horen, bij de kracht van wat Marius heeft neergezet. Als ik een stemmenhoorder tegenkom denk ik niet eens aan medicatie, omdat ik een alternatief model heb. In de praktijk: iemand gebruikt drugs, hoort stemmen, woont alleen, breekt de flat af, veel geluidsoverlast. Die komt echt niet naar mij toe van 'Dirk, wil je mij helpen?' Nee, daar moet Dirk naartoe omdat de politie hem oppakt. Dit zijn de situaties waar ik mee geconfronteerd word. Iemand wordt opgenomen en krijgt een diagnose en medicatie, maar meestal andersom: medicatie en dan de diagnose. Dit is vaak een eindeloze weg. Wat ze in in Tornio, West-Lapland, Finland hebben

gedaan vind ik mooi. Daar hebben ze het hele psychiatrische systeem omgegooid. Er was daar een psychiatrisch ziekenhuis en een ambulante team en hebben zich gericht op crisis. Dit vanuit de overtuiging dat alle psychiatrische problemen samenhangen met het netwerk en de maatschappij. Ze zijn daar helemaal niet kritisch op diagnoses. Ze doen daar niet zo gek veel mee maar kijken meer van wat er in het gezin gebeurt en gaan echt met mensen samenwerken. In de minderheid van de gevallen heb je dan medicatie nodig. Mensen met een eerste psychose krijgen er ook individuele therapie. Wil je iets veranderen, dan moet je het ook radicaal veranderen. Dat hebben ze in Trieste gedaan en in Tornio. Daar hebben ze de hele manier van psychiatrie bedrijven radicaal omgegooid vanuit de gedachte, zoals in Italië: de maatschappij moet verantwoordelijkheid nemen, mensen moeten niet opgesloten worden. En zoals in Tornio: psychiatrische problemen vinden plaats in een context, we moeten naar de mensen toe, met de mensen uit hun netwerk in gesprek en met hen samenwerken. Daar horen ook therapeutische activiteiten bij en soms ook medicatie.

Open Dialogue

Ik doe nu een dag in de week Open Dialogue in Utrecht, vanuit mijn eigen praktijk. Instellingen in Nederland die de Open Dialogue aanvankelijk omarmden, hebben daar weer afstand van gedaan en dan verdwijnt het in de doofpot. De Open Dialogue is nu, naast het stemmen horen, mijn ding. Morgen ga ik weer naar Utrecht. Daar zie ik, samen met twee ervaringsdeskundigen, drie netwerken. Wij willen dit meer gaan uitrollen. Dit zie ik als mijn taak voor de komende jaren.

Stemmenpoli Alkmaar

Bij de Stemmenpoli Alkmaar gebruik ik vooral Voice Dialogue. In Open Dialogue praat je met netwerken. Voice Dialogue is het praten met persoonlijkheidsdelen. Toen mijn vrouw en ik in Alkmaar gingen wonen, niet zo ver van Zwaag waar Peter Oud woont, vond hij dat wij een stemmenpoli moesten beginnen. Als Peter zoiets zegt dan gaat hij dat ook doen. Hij had mij snel mee, ik had het zelf nooit

Interview

bedacht. In Maastricht had ik zoiets al binnen de eigen organisatie. Maar dat deed ik daar alleen. Peter had binnen een paar weken Gert Haringsma gevonden en nu zijn we al ruim een jaar met z'n drieën. Gert is ook in Voice Dialogue opgeleid. Peter heeft een duidelijk systematische blik. Dat zet echt zoden aan de dijk.

Peter doet de meeste interviews, voorafgaand aan de behandeling. Gert doet de trauma-behandelingen. Ik spring in en doe vooral het praten met stemmen. Ik denk dat het mooi zou zijn om ook een ervaringsdeskundige erbij te betrekken, iemand met talent. Iemand die goed contact kan maken met mensen, een kwaliteit waar je gevoel en talent voor moet hebben. Ik denk dat ervaringsdeskundigen de psychiatrie moeten gaan vormgeven. Omdat psychiatrische klachten vaak geworteld zijn in maatschappelijke situaties, denk ik dat ervaringsdeskundigen enorm belangrijk zijn in het vormgeven van hulp aan mensen met psychiatrische problemen. Ik kan mij voorstellen dat mensen met ervaring, met talent om organisaties te leiden, vanuit die optiek veel te bieden hebben aan mensen met psychiatrische problemen. Bij Enik zit geen psycholoog of psychiater; dat hebben ze helemaal niet nodig. Sterker, dat willen ze voorkomen. Veel mensen hebben ook andere zorg, maar de echte stappen zetten ze vaak daar. Ik denk dat dit soort centra c.q. ervaringsdeskundigen van belang zijn voor het humaan maken van de psychiatrie, dat daar het vuur vanuit kan gaan. In die netwerkgesprekken zien we mensen met een hele lange geschiedenis in de psychiatrie. Jonge mensen die al zo vastzitten en teleurgesteld zijn, met hun ouders en naasten, die nauwelijks hun betrokkenheid kunnen inzetten. Wij zien dat wij in ieder geval het gesprek gaande krijgen en dat er veel kan gebeuren. Wat ik op woensdag doe met de ervaringsdeskundigen Martijn Kole en Heleen Wadman stemt mij erg hoopvol.

De Soteria-principes zijn door psychiater Johan Cullberg uit Zweden in zijn Parachute Project uitgebouwd tot een psychotherapeutische crisisopvang voor alle patiënten met een eerste psy-

chise in Stockholm. Deze voldoet aan zes kenmerken: vroege interventie binnen 24 uur, betrokkenheid van de familie, en continuïteit plus bereikbaarheid van behandeling gedurende vijf jaar. Verder wordt behandeld met de laagste dosering neuroleptica die effectief was, en zo mogelijk met non-neuroleptische psychofarmaca. Opvang vond plaats in crisis-huizen met een laag psychiatrisch profiel, naar het model van de Soteria-huizen, en er werd gestreefd naar zo vroeg mogelijke rehabilitatie.

Boeken van Johan Cullberg:

Psychoses, a humanist and biological perspective (2000) ISBN 91-27-07972-4

Evolving Psychosis (International Society for the Psychological Treatment of Schizophrenia and Other Psychoses)(2006) Johan Cullberg with Jan Olav Johannessen, and Brian V. Martindale ISBN 978-1-58391-992-7

My psychiatric life, Memoires (2007)

Een revolutie wankelt: zal het ‘medicatievrije’ ziekenhuis in Noorwegen overleven? Robert Whitaker (madinamerica.com)

Vertaald door Geert Zomer en Mario Domen



Ole Andreas Underland.

Robert Whitaker: Vandaag hebben wij Ole Andreas Underland te gast, waar ik erg blij mee ben. In 2015 opende hij het Lake Hurdal Recovery Centre in Noorwegen: één van de belangrijkste initiatieven in de westerse wereld. We zijn blij dat Ole ons vertelt over het herstelcentrum, de ontwikkeling ervan en enkele van de problemen waarmee het in politiek-financiële kringen te maken heeft gehad.

Ole, bedankt dat je onze gast bent. Laten we teruggaan naar het begin. Waarom heb je dit gedaan?

Underland: Ik zal beginnen met mijn achtergrond. Ik ben opgegroeid in een buitenwijk van Oslo vlakbij het grootste psychiatrische ziekenhuis van die tijd, Dikemark. Op mijn zestiende begon ik te werken in de keuken in het Dikemark. Al op mijn achttiende werd ik vader van een lieve dochter. Daarna volgde ik een opleiding tot verpleger en had ik tot 1994 verschillende soorten banen binnen de Noorse reguliere psychiatrie. Ik werkte anderhalf jaar als verkoopmanager voor een farmaceutisch bedrijf dat de eerste SSRI's op de Noorse markt bracht. Maar na anderhalf jaar nam ik ontslag, ook al bracht het me grote financiële voordelen. Want

Artikel

zoals we allemaal weten was het zogenaamde 'antidepressivum zonder bijwerkingen' een enorme bluf. Toen ik in 1997 startte met mijn eigen adviesdienst, gebruikte ik mijn daar opgedane kennis over het organiseren van dienstverlening voor mensen met psychische problemen. In 2000 heb ik mijn eerste zorgbedrijf opgericht. Toen ik dat zeven jaar later verkocht, na groot commercieel succes, was het belangrijkste resultaat ervan dat ik gemeenten had laten zien dat het heel goed mogelijk was om woningen te bouwen voor mensen met psychische problemen, ook als ze gedragsproblemen en problemen als gevolg van misbruik hadden.

Het succes ervan toonde aan dat het mogelijk was om passende huisvesting te vinden, ongeacht hoe groot je eerdere probleem was. Veel gemeenten hebben nu goede huisvesting voor mensen met chronische psychische stoornissen. In 2013 ontmoette ik Jan-Magne Sorensen, de leider van de meest uitgesproken patiëntenorganisatie in Noorwegen: de White Eagle. Hij sprak op een conferentie en toonde met wetenschappelijk onderzoek aan dat schizofreniepatiënten zonder medicatie veel betere herstelpercentages hadden dan degenen die antipsychotica gebruikten.

Ik ben psychiatrisch verpleegkundige en heb ongeveer de helft van mijn loopbaan in de psychiatrie gewerkt, maar ik had daar nog nooit van gehoord. Hij was er in 2010, als leider van de White Eagle, samen met andere patiëntenorganisaties, in geslaagd om het parlement te laten besluiten dat er in Noorwegen een medicatievrij alternatief moest komen. Het parlement besloot dat er alternatieve behandelingen in Noorwegen beschikbaar moesten zijn als onderdeel van de psychiatrie. Maar in 2013 was nog niemand zo'n plek begonnen, terwijl dit vanuit politiek perspectief een van de belangrijkste opgaven voor de psychiatrie zou moeten zijn. Dus belden ze me na zes maanden terug en nodigden me uit een overkoepelende organisatie te vormen: "Ole Andreas, jij bent zorgondernemer. We willen dat je ons helpt om een project voor een medicatievrij ziekenhuis te beschrijven." Ik deed dit natuurlijk gratis. Het was een schokkende ervaring. Ik dacht dat ik veel wist

over de behandeling van mensen met psychische problemen en was er vrij zeker van dat medicatie een belangrijk onderdeel ervan was. Maar gaandeweg moest ik toegeven dat ik veel dingen verkeerd zag. Uiteindelijk was het vrij eenvoudig te beschrijven hoe een op herstel gericht psychiatrisch ziekenhuis eruit zou moeten zien.

Whitaker: In de Verenigde Staten hebben peer-groepen het vaak over 'huisvesting eerst'. Je had de voordelen daarvan al ervaren. Er kwam een politieke verandering in Noorwegen, die in andere landen vaak niet mogelijk was. De politieke basis ervan kwam vanuit de peer-politiek. Ook had kreeg je toegang tot wetenschappelijke studies die je ideeën ondersteunden. Bovendien bracht je ondernemerschap met je mee: het vermogen om een sprong te wagen.

Underland: Het laat ook zien hoe moeilijk het voor de patiëntenorganisaties binnen de psychiatrie is om iets te durven voor te stellen, want toen ik zei: "Oké, het is duidelijk dat we een herstelgericht ziekenhuis moeten creëren en als we daarvoor gaan moet de helft van het personeel daarmee ervaring hebben." Wauw! De grootste organisatie in deze overkoepelende groep zei weliswaar dat ze zullen denken dat we voor gek zouden worden versleten! Maar het was duidelijk dat we dat moesten doen.

Whitaker: Je betrok de peer-groepen bij het ontwerp, en toen je het ziekenhuis eenmaal had geopend, ook bij het aannemen van medewerkers. Ze vormden dus een essentieel onderdeel van dit initiatief.

Underland: Op de eerste plaats heb ik ze geholpen om de gezondheidszorg van Noorwegen te tonen dat dit het ziekenhuis is dat we eigenlijk willen: herstelgericht, met medicatievrije behandeling. Zo moet dat ook binnen de kaders van het rechtssysteem van Noorwegen georganiseerd worden. Daarna, in 2013, zat mijn beschrijvend werk erop. Een jaar later werd ik door een ander groot psychiatrisch ziekenhuis gevraagd of ik ze kon helpen met vijf zeer chronisch zieke psychiatrische patiënten die al 10 tot 15 jaar in het ziekenhuis waren opgenomen: Of ik hen kon helpen om uit de gevangenis van het ziekenhuis te komen. Als

ondernemer dacht ik: We moeten een alternatief psychiatrisch ziekenhuis oprichten. Aanvankelijk kregen deze patiënten een gedwongen behandeling. Ik heb vervolgens een formele aanvraag ingediend voor erkenning als psychiatrisch ziekenhuis. Bij deze startup hadden we een belangrijke voorbeeldfunctie. Veel medewerkers hadden hun ervaring immers opgedaan in de reguliere psychiatrie. Om herstelgericht te kunnen werken moet je op een heel andere manier werken; maar vanaf dag één was het een succes.

Whitaker: Wat is er met die eerste vijf patiënten gebeurd?

Underland: De 'first lady', één van die patiënten, werd een beroemdheid in Noorwegen. Er is een radio-documentaire gemaakt over haar leven. De vijf patiënten leven nu allemaal zelfstandig. Niemand bleef langer dan een half jaar in ons ziekenhuis. Empowerment is zo belangrijk. Ik vroeg de 'first lady': "Wat wil je echt uit je leven halen?" Ze vertelde me wat ze wilde en heeft dit ook bereikt. Het is verbazend dat ze sinds haar achttiende in het ziekenhuis was opgenomen en dat niemand haar had gevraagd wat voor leven ze wilde leiden. De vijf patiënten gebruikten standaard medicijnen. Deze specifieke dame gebruikte antipsychotica. Ze was de afgelopen 10 jaar bijna 100 kilo aangekomen. En ze had natuurlijk last van veel bijwerkingen, waaronder dat overgewicht. Eigenlijk had ze geen antipsychotica nodig; dat was in haar eerste ziekenhuis besloten. Maar weet je, angst en slechte gevoelens verdwijnen als je je eigen leven leidt. Het kostte me drie maanden om de 'first lady' te laten geloven dat ze ons kon vertrouwen. Maar toen ze ons eenmaal vertrouwde, bestond het probleem (van angst en slechte gevoelens) niet meer. Natuurlijk heeft ze wat gedragsproblemen, maar toch. Inmiddels is ze zeven jaar van haar medicatie af en ben ik nog steeds degene die ze belt als er iets moeilijks is in haar leven. Zij was de eerste persoon die zo geweldig reageerde op deze herstelgerichte methode. De hoofdpsycholoog in het ziekenhuis waar ze 15 jaar was geweest, kon niet geloven wat hij zag. Ze kreeg daar een gedwongen behandeling, bij ons is die gestopt.

Whitaker: Betekende de behandeling bij deze eerste vijf het afbouwen van hun medicijnen?

Underland: Ja, afbouwen hoorde erbij, maar niet voor iedereen. Ook tegenwoordig heeft 70% van onze patiënten nog een probleem met medicatie. Deze vijf patiënten waren zo chronisch gehospitaliseerd dat ze geen leven zonder medicatie kenden. Maar als je ziet dat de patiënte niet de energie heeft om haar eigen leven in een appartement te leiden, moet je natuurlijk ook naar medicatie kijken. Ze had min of meer een chronisch psychotische kijk op het leven, medicijnen hielpen daar niet bij. Het bezorgde haar 100 kilo extra gewicht, maar er gebeurde niets met haar psychose.

Whitaker: Je runt een privéziekenhuis binnen een openbaar gezondheidssysteem. Hoe komen patiënten bij jou en zijn ze allemaal Noors? Of heb je ook mensen uit andere landen?

Underland: We hebben voornamelijk patiënten uit Noorwegen, maar we hebben ook patiënten uit Zweden, de VS, Duitsland, Denemarken en het VK gehad. We zijn een stichting en worden voor 100% door de overheid gefinancierd. Wij zijn een gewoon psychiatrisch ziekenhuis binnen het kader van het Noorse rechts- en gezondheidszorgsysteem. We hebben hetzelfde aantal verpleegkundigen, psychiaters en psychologen en we volgen dezelfde regels, maar we bieden iets bijzonders: een herstelgericht medicatievrij behandelprogramma. Ik denk niet dat er een ander ziekenhuis ter wereld is dat hetzelfde doet.

Whitaker: Ik ook niet. Hoe ziet het behandelprogramma eruit?

Underland: De behandeling, Illness Management and Recovery Therapy (IMR), bestaat uit drie pijlers: 1. Vijf dagen per week anderhalf tot twee uur intensieve, fysieke training, behalve in het weekend. Omdat het je hart aanspreekt. 2. Een gezonde voeding van onze excellente koks. We hebben het beste restaurant in het noorden van Oslo. We gebruiken allerlei diëten, binnen een omgeving waar je alles aantreft wat je nodig hebt: schone lucht, een mooi uitzicht, een bos en mooi meer. 3. Dit is het allerbelangrijkste: aardige mensen met de juiste instelling. Natuurlijk is de helft van de

Artikel

medewerkers ervaringsdeskundig en kunnen ze de juiste begeleiding bieden. In totaal hebben we 60 patiënten in twee ziekenhuizen in Hurdal en we draaien al bijna drie jaar op volle capaciteit.

Whitaker: De helft van de medewerkers bestaat uit mensen met doorleefde ervaring. Psychiaters werken met je samen om te helpen bij het afbouwen van medicatie. Hoe reageren zij op deze omgeving?

Underland: De belangrijkste functie binnen het psychiatrisch ziekenhuis is de psychiater. Deze was bijna niet te vinden, maar ik heb er een gevonden: de enige psychiater die het aandurfde om met ons samen te werken. Het ziekenhuis had het tot twee jaar geleden echt moeilijk. Toen kwam er een uitgebreide documentaire op het grootste Noorse televisiestation die het publiek liet zien hoe een psychiatrisch ziekenhuis er ook uit zou kunnen zien. Vandaag de dag hebben we geen problemen meer, met goede, jonge en oude, psychiaters die met ons samenwerken. Er is zelfs een wachtlijst met psychiaters die bij ons willen werken. Tegenwoordig rekruteren we betere psychiaters dan reguliere ziekenhuizen. De reden ligt voor de hand: iedereen wil natuurlijk werken binnen een systeem dat tevreden patiënten oplevert. Dus tegenwoordig is dit geen probleem meer, maar dat was het wel in het eerste jaar. Het bleek dat de beroepsvereniging van psychiaters in Noorwegen deze medicatievrije werkwijze saboteerde. Op de eerste conferentie waar mij werd gevraagd om een overzicht te geven van de ervaring van het eerste jaar, zei de organisator van deze conferentie: "Ole Andreas, ik moet het probleem oplossen, want de Raad van Specialisten zegt dat ze zullen opstappen als ik je laat spreken." Het is dus een sterke lobby. Tegenwoordig is er geen probleem. Het werven van verpleegkundigen en psychologen is nooit een probleem geweest. Tegenwoordig heb ik een psychiater die 70 jaar oud is en een andere psychiater van net 30 jaar oud. Ik heb mensen uit verschillende landen die naar ons ziekenhuis komen om herstelgericht en medicatievrij te leren werken.

Whitaker: Er ontstaan relaties met de patiënten, die je niet vaak ziet in gewone ziekenhuizen.

Underland: In ons ziekenhuis vertelt de patiënt ons wat hij van ons verwacht. Hij bepaalt de doelen. Die zijn niet altijd duidelijk en niet altijd hetzelfde gedurende de hele behandelperiode, maar het is echt een andere aanpak. Natuurlijk hebben we mensen met verschillende competenties. Het is heel belangrijk om psychologen en psychiaters en verpleegsters te hebben, maar ik weet ook dat de mensen met doorleefde ervaring het belangrijkste zijn. Onze oudste psychiater die heel lang in de reguliere psychiatrie in Noorwegen werkte, verwoordde het zo: "Het is tragisch hoe weinig invloed de psychiater eigenlijk heeft op het herstelproces van een patiënt." Ik vind dat een heel sterke uitspraak. Dit is precies waar het allemaal om draait. Wij zijn het niet. Het is niet mijn kennis. Het gaat erom de patiënt te helpen leren leven met zijn of haar gezondheidsprobleem.

Whitaker: Hoe zou je jullie patiënten beschrijven? Krijgt je veel patiënten in hun eerste opname, of zijn het meestal patiënten die in het conventionele systeem min of meer zijn vastgelopen?

Underland: Van de patiënten die naar ons toe komen heeft 80%-90% de reguliere psychiatrie geprobeerd. Velen van hen zijn getraumatiseerd door gedwongen behandeling en vooral door gedwongen medicatie. Wij hebben ook formele toestemming voor gedwongen behandeling. We hebben een bed voor fixatie; dat moet je hebben als je patiënten gedwongen behandeld, maar het is nooit gebruikt. We hebben besloten om deze goedkeuring te verkrijgen zodat patiënten die elders gedwongen werden behandeld naar ons ziekenhuis konden komen. In acht jaar tijd hebben we nog nooit een enkele klacht gehad over het toepassen van gedwongen behandeling. Dat was het belangrijkste argument van de peer-organisaties voor medicatievrije behandeling. Als we de gedwongen behandeling willen afschaffen, moeten we patiënten iets geven waar ze in geloven en hen een alternatief bieden voor medicatie. Ook als de patiënt gedwongen

Artikel

wordt behandeld, in jou en in het systeem geloofd en het eens is met wat er gebeurt, hoeft hij nergens toe gedwongen te worden.

Whitaker: Meestal wordt aangenomen dat je niet kunt afbouwen want dan worden mensen weer psychotisch. Wat heb je geleerd over medicijnvrij behandelen?

Underland: We hebben van de 650 patiënten die we hebben behandeld, geleerd dat het heel individueel is. Nogmaals, je moet heel goed luisteren naar wat de patiënt je vertelt. Ik ben geen psychiater ben; ik ben gediplomeerd verpleger en natuurlijk zijn het de psychiaters die de patiënten helpen bij het afbouwen. Van de patiënten die we in ons ziekenhuis hebben gehad — de meesten verbleven er zo'n vier maanden — zegt tachtig procent zeer tevreden te zijn met het behandelprogramma en 70% zegt te willen stoppen met het gebruik van psychofarmaca of het gebruik ervan verminderen.

Whitaker: Zeventig procent zegt dat ze het willen, en slagen ze er ook in?

Underland: Tachtig procent van deze patiënten bereiken hun persoonlijke doel om helemaal met hun medicatie te stoppen of om die te verminderen. Maar dat vraagt erg veel van hen en het afbouwen moet op hun persoon worden afgesteld. Sommige patiënten reageren heftig op het afbouwen, zelfs als dit heel geleidelijk gedaan wordt. We zien dat met name antidepressiva voor sommige patiënten heel moeilijk af te bouwen zijn, maar ook dat andere patiënten er geen problemen mee hebben.

Whitaker: Waarom zijn veel van je patiënten tevreden met de (medicijnvrije) behandeling?

Underland: Ze vertellen dat hen voor het eerst gevraagd werd: "Wat voor soort hulp wil je?" Ze ontmoeten hier bescheiden mensen. Zelfs de psychiater is bescheiden. Natuurlijk, een omgeving die er niet uitziet als een psychiatrisch ziekenhuis helpt ook. We hebben bezoekers van over de hele wereld: studenten, mensen van gemeentes, politici en allerlei professionals, maar geen psychiaters uit de mainstream psychiatrie. Dit zorgt voor een

omgeving waarin de patiënt niet gestigmatiseerd wordt; totaal anders dan wat ze in andere ziekenhuizen hebben meegemaakt. We hebben open deuren en uitstekend eten. Maar het belangrijkste is dat ze hun eigen persoonlijke behandelprogramma maken. Daarin geven ze aan: "Dit gebruik ik de volgende keer als ik een crisis heb en dan beland ik niet in het ziekenhuis." Als psychiatrisch ziekenhuis moeten we, zoals Peter Breggin zei, "een liefdevolle, zorgzame haven" zijn. We moeten een plek zijn waar de patiënt graag komt, omdat hij weet dat we hem deze liefdevolle, zorgzame haven zullen bieden.

Whitaker: Ik ben bij jou aan het Hurdal-meer geweest en het is inderdaad een aangename plek met uitstekend eten. Heb je er weleens aan gedacht om de bereikte resultaten te publiceren?

Underland: Daar hebben we niet te veel aan gedaan. We hebben wat onderzoek gedaan als het gaat om de behandeling van IMR en de hoge-intensiteitstraining. Onze psychiaters en andere medewerkers worden gevraagd om lezingen te houden over onze resultaten. Maar waar ik echt op hoop, is dat we geld krijgen om onderzoek te doen. Maar het tevredenstellen van klanten komt natuurlijk op de eerste plaats. Dan run je een restaurant of een ziekenhuis, heb je tevreden klanten en natuurlijk geen gedwongen behandeling nodig.

Whitaker: Je hebt dit in acht jaar tijd voor elkaar gekregen, met een tevredenheidspercentage van tachtig procent. Hetzelfde percentage van je patiënten kon hun medicatiegebruik afbouwen. Pas geleden verscheen een artikel in een krant waarin een patiënt zei: "Naar deze plek gaan [Lake Hurdal] heeft mijn leven gered." Betere PR kun je niet krijgen. Wat is jouw toekomst binnen het Noorse systeem?

Underland: We hebben veel politieke aandacht gekregen. Iedereen kwam bij ons op bezoek, want tevreden patiënten binnen de psychiatrie is best een sensationeel gegeven. Iedereen benadrukte ook hoe belangrijk het is dat deze herstelgerichte medicatievrije behandelprogramma's er zijn. Maar toch hebben we een maand geleden twee klinie-

Artikel

ken moeten sluiten. Dus nu hebben we maar 30 bedden. De reden waarom we het afgelopen jaar behoorlijk moesten inkrimpen, vooral na de verkiezingen, is dat de reguliere psychiatrie de politici ervan overtuigde dat ze ons niet nodig hebben. Het financiële systeem waardoor mensen naar ons toe konden komen, was een initiatief van de Conservative Party en bleek acht jaar een behoorlijk succes. Maar de Labor Party die nu aan de macht is, is tegen dit financieringssysteem. Het probleem is dat we zonder dit financieringssysteem geen patiënten meer zullen krijgen, want die blijven dan in het reguliere circuit. Hoewel daar veel capaciteitsproblemen bestaan, hopen ze dat we het opgeven. We hebben het nu moeilijk. Zonder een soort van overeenkomst met de reguliere zorg moeten we over vier maanden sluiten.

Whitaker: Vanuit de visie van Mad in America staat jouw ziekenhuis model voor wat mogelijk is. Het kan voor de paradigmaverschuiving zorgen waar we naar streven. Je had de steun van Dainius Pūras, speciale rapporteur voor gezondheidsvraagstukken van de Verenigde Naties. Een van zijn medewerkers kwam bij je op bezoek en zag in jullie een voorbeeld van 'een nieuwe weg vooruit'. Ook de WHO noemde je als een voorbeeld dat zoveel beter is dan het huidige, op medicatie gericht model. Wat kunnen wij doen om je te helpen overleven?

Underland: Ik denk dat we onze stem moeten verheffen. Het belang van dit op herstel gerichte ziekenhuis is enorm, want zonder Lake Hurdal Recovery Center heb je echt nergens ter wereld een ziekenhuis dat draait op een manier die de patiënten zelf willen. We hebben in acht jaar tijd één zelfmoord gehad in ons ziekenhuis terwijl in de Noorse psychiatrie elk jaar ergens tussen de 200 en 250 patiënten tijdens hun opname zelfmoord plegen. We hebben 80% tevreden patiënten en hebben in deze acht jaar vijf klachten van patiënten gehad; en dan alleen omdat we hun verblijf in ons ziekenhuis niet wilden verlengen. Tegenwoordig moet je luisteren naar je patiënten. In het afgelopen jaar verspreidde een landelijke krant enorme leugens over ons, over onze zogenaamd verkeerde werkwijze. Sommigen zijn bang voor ons. De veranderingen komen echt niet voort

uit het oude systeem. Zij hebben twaalf jaar de tijd gehad om een nieuwe cultuur in hun eigen ziekenhuizen te realiseren. Maar dat willen ze niet omdat ze nog steeds in het oude paradigma geloven. De noodzakelijke veranderingen in de psychiatrie zullen bewerkstelligd worden door tevreden patiënten. Dus, ik heb echt hulp nodig van zowel Noorse peer-organisaties alsook internationaal, zoals bij de VN en de WHO. Ze moeten zeggen: Dit project in Noorwegen zou internationale navolging moeten krijgen. Met deze pilot hebben wij in acht jaar tijd bewezen dat mediatievrije zorg mogelijk is binnen het gewone wettelijke kader.

Whitaker: Jouw project doet me denken aan het Soteria-project uit de jaren zeventig in de Verenigde Staten, geleid door Loren Mosher, hoofd van schizofreniestudies aan het National Institute of Mental Health. Hij bewees dat het werkte. Het werd uitgevoerd als een experiment. Het heeft het tien jaar bestaan, het leverde betere resultaten op en was kosteneffectief. Het is opgezet rond veel van dezelfde principes van 'luisteren naar de mensen': wat willen de cliënten? Ze konden medicijnen gebruiken volgens aangepast gebruik. Het werkte, en vervolgens verpletterde de Amerikaanse psychiatrie het. Dat was een moment waarop het pad in het bos zich splitste, en toen werd deze weg opgeheven. We gingen naar het biologische model van drugs, drugs, drugs. Anno nu zie ik je ziekenhuis, je initiatief, als een kopie van die tijd, in de geschiedenis waar een weg zich in tweeën splitst. En de vraag is: gaan we dat andere, nieuwe pad openhouden dat je hier hebt ontwikkeld; het pad dat echo's van het Soteria-project oproept? Ik kan alleen maar de hoop uitspreken dat er politieke druk wordt uitgeoefend op de Noorse regering om dit initiatief levend te houden. Want het is volgens mij heel belangrijk, niet alleen voor Noorwegen, maar voor iedereen die pleit voor een ander paradigma.

Underland: Helemaal mee eens. Maar de tegenkrachten zijn zeer sterk. We hebben in deze acht jaar natuurlijk heel veel bereikt. Patiënten met psychische problemen zijn anders dan patiënten met hartaandoeningen of kanker. De laatsten

Artikel

kennen het gevoel van stigma niet; ze zijn veel brutaler en hebben een veel sterkere lobby. We hebben geen enkele klacht gehad vanwege het gebruik van 'gedwongen behandeling'. Het bewees dat de patiëntenorganisatie volkomen gelijk had. Om het gebruik van gedwongen behandeling te verminderen, moet patiënten een behandelingsstelsel geboden worden waarin zij geloven en dat hen respecteert. We moeten luisteren naar de patiënt. Toen je ons in 2019 bezocht waren wij bezig om een internationaal centrum op te starten. We zagen dat mensen baat hebben bij onze manier van werken, en wilden ook anderen te leren hoe ze het in hun eigen land zouden kunnen doen. Ik ben er behoorlijk van geschrokken dat we aan het begin van dit nieuwe jaar in deze situatie zitten. We zullen worstelen en vechten maar hebben alle steun nodig die we kunnen krijgen, zowel in Noorwegen als internationaal.

Whitaker: Er staat veel op het spel voor de Noorse bevolking, maar ook internationaal. We moeten dit gedachtegoed levend houden. Bedankt voor deze mooie samenvatting van wat je hier doet en de filosofie daarachter. Ik wou dat we honderd van zulke ziekenhuizen over de hele wereld hadden.
Underland: Daar zetten we ons voor in.

Dit artikel is eerder gepubliceerd op madinamerica.com en is met goedkeuring van Robert Whitaker door ons vertaald in het Nederlands voor publicatie in de Klankspiegel.

**** MIA Reports wordt gedeeltelijk ondersteund door een subsidie van The Thomas Jobe Fund. madinamerica.com/2023/01/medication-free-treatment-norway/*

‘Stemmen laten zich horen in de regio!’



Het bestuur van Stichting Weerklank heeft in 2021 besloten een subsidieaanvraag voor dit project in te dienen bij ‘ZonMw voor elkaar’. De drijvende kracht achter deze aanvraag, Katharina Ka, heeft veel tijd en energie gestoken om verschillende onderdelen met elkaar te verbinden en daarmee het innovatieve karakter van de aanvraag te vergroten. Dat bleek geen eenvoudige opdracht. Onder aanvoering van Katharina hebben velen van ons een bijdrage geleverd in de concrete aanvraag waarbij de regionale aanpak als bindend element is ingezet. Eind 2022 heeft ZonMw formeel het projectvoorstel goedgekeurd en nu zijn wij drukdoende om dit alles op te starten. Met het behalen van deze tussenstap is het goed om hier Katharina Ka te bedanken voor haar creativiteit, inzet en doorzettingsvermogen. Natuurlijk heeft Katharina het niet alleen gedaan. We willen hiermee dan ook graag iedereen bedanken die zijn of haar steentje heeft bijgedragen. Laten we met elkaar trots zijn dat het ons is gelukt. Via De Klankspiegel houden we u over de voortgang op de hoogte.

Het innovatieve karakter van dit project komt tot uiting in de drie onderdelen ervan. Enerzijds lijken ze los van elkaar te staan; anderzijds kunnen ze elkaar juist versterken. De drie onderdelen zijn:

- Regionale inbedding;
- Ontwikkeling van e-learning;
- Inbedding van non-verbale technieken.

Regionale Inbedding

We hebben bewust gekozen ons te concentreren op één regio en de ervaringen die we daarbij opdoen te gebruiken als we later tot een verdere uitrol overgaan. Bij de voorbereiding zullen we andere regio's natuurlijk wel gebruiken om te spiegelen en te toetsen waar we mee bezig zijn. De regionale inbedding kan worden gezien als het cement tussen de andere twee bouwstenen: de ontwikkeling van een e-learning en de inzet van non-verbale technieken.

We hebben als startregio gekozen voor de regio Utrecht; Lister-Enik en de Listeracademie worden er als actieve partij bij betrokken. Momenteel vinden gesprekken plaats over hoe we dit verder vorm kunnen geven en wie namens Lister-Enik de rol van deel-projectleider in zal nemen. John van den Hout zal, namens Stichting Weerklank, hier ook een rol vervullen, waarbij hij naast de regionale inbedding ook zorgdraagt voor afstemming met de andere twee deelprojecten. Subsidiegever ZonMw heeft ons de volgende aandachtspunten meegegeven:

- Versterken van inclusie, gelijkwaardigheid, empowerment of eigen regie in het leven met een aandoening;
- Het realiseren van impact en bereik en aansluiting bij de behoefte;
- Samenwerking met relevante stakeholders;
- Doelstelling van deze subsidieoproep: leren van overstijgende kwesties voor de toekomstige patiëntenbeweging en versterken van de (positie van de) patiënten- en cliëntenbeweging;
- Aansluiting bij het thema ‘voor elkaar’ waarop onze subsidieaanvraag is ingediend.



Ontwikkeling van e-learning

Al een aantal jaar bestaat binnen Weerklank de wens om e-learning te ontwikkelen die is afgeleid van de training: 'Stemmen horen begrijpelijk maken'. Met name in de coronatijd, met het uitvalven van de fysieke trainingen, groeide deze wens. We wilden deze training bovendien gratis aanbieden aan professionals binnen het professionele werkveld van de GGZ en het sociale domein zodat deze e-learning voor elke Nederlandssprekende hulpverlener en stemmenhoorder beschikbaar zou komen. E-learning is een eenvoudige manier om kennis over te brengen en vormt een goede basis voor eventuele vervolgstappen.

Inmiddels heeft de kick-off bijeenkomst (6 januari) plaatsgevonden en is een redactieraad samengesteld. Uiteraard is de GGZ Ecademy in de persoon van Rob Keukens betrokken en het bedrijf Inbrain heeft als technisch ontwikkelaar aangehaakt. Peter Oud is projectleider van dit deelproject en hij zal regelmatig afstemmen met John van den Hout (regionale inbedding) en Barbara Schaefer (non-verbale technieken). Tijdens de kick-off is een basis gelegd voor de

verdere ontwikkeling van het leertraject. Er is een gezamenlijke start gemaakt en stilgestaan bij het proces en het beoogde resultaat. Vragen die beantwoord moeten worden zijn: waar lopen hulpverleners, naasten en stemmenhoorders tegen aan en wat willen we dat ze leren? Maar uiteraard ook wat we van elkaar mogen verwachten. Ook het belang van het thema, de leerdoelen, de doelgroep en de verschillende bouwstenen kwamen hier naar voren.

Er is vervolgens een klankbordgroep samengesteld. We kunnen de leden ervan raadplegen als we ergens in het proces daar behoefte aan hebben, bijvoorbeeld bij het nakijken van de blauwdruk of van een storyboard. Ook kunnen we hen verzoeken een specifieke casus in te brengen.

De planning is dat medio september een voorlopige versie klaar is zodat we in samenwerking met de Lister academie een pilot uit kunnen voeren met verschillende GGZ-organisaties in de regio Utrecht. Eind december, begin januari verwachten we dat de e-learning 'Stemmen horen begrijpelijk maken' wordt opgeleverd en voor ieder van de doelgroep beschikbaar zal zijn.

Project

Onze insteek is: *e-learning is nodig om het bereik van ons gedachtengoed te vergroten en 'muren te slechten'.*

Professionals, stemmenhoorders en naastbetrokkenen krijgen hiermee zelf de regie om gratis en toegankelijk gebruik te maken van ons aanbod. De hulpverlener, naaste en stemmenhoorder kunnen deze module gezamenlijk volgen. Zij zal beschikbaar zijn op elke werkplek en in iedere huiskamer en in sociale ruimte.



Inbedding van non-verbale technieken.

Veel, (te veel) van het cursusaanbod aan stemmenhoorders is talig (praten, luisteren, lezen) terwijl er meerdere wegen zijn om iets aan te bieden en te leren. Zo is het idee ontstaan om non-verbale technieken en methoden in te zetten zodat het gemakkelijker wordt om samen in gesprek te raken over stemmenhoren en de bijbehorende persoonlijke emoties en belevingen. Het is vaak moeilijk ervaringen van stemmenhoorders onder woorden te brengen en soms blijkt het dan ook prettig om middels non-verbale expressiemogelijkheden uiting te geven aan die ervaringen en gevoelens. Er zijn veel non-verbale methoden zoals bijvoorbeeld werken met beelden (een collage maken of tekenen), schrijven (poëzie of korte verhalen), muziek (welke muziek geeft jouw gevoel weer of helpt jou?), drama/toneel (situaties samen uitspelen) of methoden die zich vooral richten op de balans tussen lichaam en geest (bodyscan, mind-

fulness, boksen).

Dit deelproject gaat over het inzetten van non-verbale technieken/ methoden en het onderzoeken hoe lotgenotengroepen en steunpunten stemmenhoren deze kunnen gaan toepassen.

Barbara Schaefer is deelprojectleider en zij zal nauw samenwerken met instellingen in de Regio Utrecht en specifiek met de Enik Recovery organisatie. Waar nodig zal zij contact zoeken met andere regio's en gebruik maken van hun specifieke

expertise. Zo is Steunpunt Stemmen Horen Nijmegen, behorende tot RIBW Nijmegen en Rivierenland, al actief bezig met non-verbale methoden. Uiteraard zal Barbara ook afstemmen met John van den Hout (regionale inbedding) en Peter Oud (ontwikkeling e-learning). Zoals in de subsidieaanvraag is aangegeven gaat er geëxperimenteerd worden met diverse non-verbale methoden in stemmenhoren groepen, zodat het nóg gemakkelijker wordt om samen in gesprek te raken over stemmen horen, emoties en belevingen. Deze 'ruimte bieden de experimenten' doen we samen

met onze eindgebruikers. Het gaat daarbij om versnelling, verrijking en verspreiding van aanbod voor onze doelgroepen, samen met regionale partners. Zoals uit het bovenstaande blijkt is het geheel van drie deelprojecten een uitdagend traject waarbij wij ook van elkaar veel kunnen leren. Wij willen dan ook graag onze ervaringen gedurende de reis delen en daarbij een draaiboek ontwikkelen over het wat en het hoe bij een verdere regionale uitrol. De volgende kernwoorden staan daarbij centraal: Moed, Peersupport, Empowerment, Co-creatie, Gelijkwaardigheid.

De projectleiders zijn via email te bereiken zodat dat dit alles geen lege woorden hoeven te zijn.

Barbara Schaefer; b.a.schaefer@outlook.com
06-53787342

Peter Oud; peter.oud.tc@ziggo.nl 06-10202771

John van den Hout John@desamentafel.nl
06-51515840

Degene die het meest aan de norm voldoet, wijkt het meest af

Mario Domen



Het is 13 januari. In Maarn heb ik een afspraak met Bauke en Pieter: de drijvende krachten achter Mad Pride. Op de website madpride.nl presenteert deze beweging zich als volgt: Een grote groep mensen wordt in onze maatschappij als 'gek' afgeschilderd. Die kwalificatie heeft meestal een negatieve lading. Mad Pride is een internationale beweging van 'gekken' en hun bondgenoten, die zich verzet tegen deze negatieve houding tegenover mensen die 'anders' zijn. Wij zijn er trots op dat we zijn zoals we zijn, en claimen het recht om anders te zijn zonder meteen als tweederangsburgers te worden beschouwd.

Hoog tijd voor een gesprek, temeer omdat ik op de eerste bijeenkomst van deze beweging in de Nieuwe Jutter in Utrecht (2017) een workshop over de Open Dialogue mocht geven.

Dat de problematiek waar Mad Pride zich op richt zich niet tot Nederland beperkt, moge blijken uit het feit dat de beweging in Toronto, Canada is ontstaan. Doel was het gek-zijn van concrete individuele mensen te ontdoen van het etiket 'er niet bij horen...'. Volgens de initiatiefnemers zou dit het best kunnen slagen als mensen trots werden op hun anders-zijn. Kunstzinnige uitingen waren daarbij erg belangrijk, maar ook zichtbaarheid door middel van demonstraties.

Binnen enkele jaren verspreidde de beweging zich over vele landen, waaronder Nederland in 2015.¹ Dit was een initiatief van slechts enkele mensen. Het begon met een lezing van Tara Oedaray Singh Farma, voormalig kamerlid voor GroenLinks. Zij was namelijk kamerlid toen ze een psychose kreeg. Dat leidde ertoe dat ze door de pers, maar ook door collega's, verguisd werd. Pieter zat in het publiek. Hij sprak haar na haar verhaal aan en wees op het belang van een organisatie als Mad Pride. Daarna sprak hij in Amersfoort met Caroline, die hij van de noodzaak tot het oprichten van Mad Pride Nederland doordrong. De bal ging rollen: dat resulteerde o.a. in een landelijke dag en een Facebookgroep. Via gerichte oproepen aan mogelijke belangstellenden en met behulp van Facebook waren er een goed jaar later zo'n 250 leden. In 2017 kwam er een eerste landelijke Mad Pride-dag. Daar werden vooral de kwaliteiten van psychiatrische cliënten zichtbaar. Ook na die dag in de Nieuwe Jutter bleef Utrecht het centrum om samen te komen, bij te praten en ideeën uit te wisselen. Op een van die bijeenkomsten kwam iemand van Mad Pride Toronto op bezoek; dat was erg stimulerend. Bij andere bijeenkomsten kwamen gelijkgestemden met nieu-

'Ik werd met mijn problematiek verwezen naar een kliniek die is gespecialiseerd in PTSS. Maar toen ze merkten dat ik ook transgender was, paste ik ineens niet in hun behandelmodel.'

Interview

we ideeën zoals spreekuur89. Een mooi project met een directere aanpak om mensen te helpen die klem zaten in de GGZ. Zij organiseerden ook een maandelijkse filosofie-avond bij Enik in Utrecht. Daar werkten mensen van Mad Pride als vrijwilliger waardoor ze er een ruimte beschikbaar konden maken. En ook Spoons (de Lepelfabriek) had wortels in Mad Pride. Dit alles zonder subsidie mogelijk gemaakt door de enthousiaste inzet van slechts enkele mensen.

Het idee voor een manifest ontstond: als duidelijk werd opgeschreven waar Mad Pride voor stond, zou dit helpen om als groep te groeien. Met als doel een opvangsysteem te creëren voor mensen die buiten de boot vallen. De groep die Mad Pride trok was er echter simpelweg te klein voor.

In augustus 2020 organiseerde Pieter (ter gelegenheid van zijn verjaardag) een Mad Pride-mars in Den Dolder (inclusief BBQ). Hij vertelt daarover: 'De voorbereiding was niet erg en de dag was leuk. Dus gingen we de maand erna de verjaardag van een ander Mad Pride-lid vieren in Den Dolder. Dit idee bracht flink wat reuring in die gemeente teweeg, zodat we zelfs op de lokale radio werden uitgenodigd. De verjaardag vierden we met een picknick in het park met vijf mensen gevolgd door een wandeling door het dorp. Bij een kleine Altrecht locatie in de woonwijk sprak iemand over ons doel en we eindigden met vlaggetjes ophangen en stoepkrijten. Tot slot hadden we een onverwacht goed gesprek met een medewerker die ons idee helemaal onderschreef. De maand erna hadden we wel een mars georganiseerd maar die hebben we geannuleerd omdat we niet geassocieerd wilden worden met zogenaamde Covid-ontkenner; dat gaf veel spanning. Eigenlijk wilden we elke maand iets doen, het liefst in kleine dorpen. En dan zo toe te werken naar een grotere mars in Utrecht of een andere grotere stad.'

Anno 2023 is de Facebook-pagina het voornaamste contactorgaan van de ca. 430 leden. Het is een vrij gebeuren waarop slechts in uitzonderingsgevallen ingegrepen wordt wanneer berichten te zeer op de persoon worden gericht. Het valt nu niet mee om de fysieke bijeenkomsten weer op te starten —

met name omdat de organisatie ervan op het moment op twee mensen neerkomt. Er hebben gelukkig ook steeds bijeenkomsten in kleine kring bij mensen thuis plaatsgevonden, vaak met gemeenschappelijke maaltijd.



Binnen Mad Pride heerst het principe dat elke orde een zekere mate van chaos nodig heeft om te kunnen blijven bestaan. Chaos kan immers bijdragen tot het doorbreken van vastgeroeste ideeën; maar ook tot het scheppen van ruimte voor individuele creativiteit. Mensen met een psychiatrisch etiket zijn immers ook 'gewone' mensen met elk een eigen plaats in de maatschappij.

Zo vertelde Pieter vanuit zijn eigen ervaringen onder meer over rolstoelactivisme; mensen met een psychiatrisch etiket kunnen namelijk ook andere zorgen hebben. Op de vraag waarom hij zich zoveel moeite op de hals haalt, is het antwoord simpel: 'Het moet gebeuren; als ik het niet doe, gebeurt het niet.' Bauke probeert de politiek wakker te schudden voor de maatschappelijke positie van de doelgroep. Zo schreef ze een doorwrocht, maar helaas door de

Interview

politiek genegeerd, commentaar op de discussie-nota van de overheid over de toekomst van de GGZ. Dit staat ook op de website van Mad Pride. Centrale thema's daarin zijn de quasiwetenschappelijke onderbouwing van het biomedische model in de GGZ en het feit dat Nederland het VN-verdrag voor de rechten van mensen met een beperking weliswaar heeft geratificeerd, maar er in de praktijk niet naar handelt. En natuurlijk het gegeven dat veel werkers in de GGZ — en dan met name behandelaars — vanuit een niet gefundeerd autoriteitsgevoel — zich boven, in plaats van naast hun patiënten stellen.

Terug naar Bauke en Pieter: twee bevlogen mensen die ondanks, of misschien juist wel dankzij, hun 'anders-zijn' er al jaren in slagen samen met Caroline de fakkel van Mad Pride brandend te houden. Mad Pride is er, zoals gezegd, voor mensen die in psychiatrisch opzicht buiten de maatschappelijke boot vallen. De belangrijkste functie ervan is de ontmoeting en het delen van ervaringen. Daarvoor is persoonlijk contact bijna een must, dat niet door instrumenten als Facebook kan worden vervangen. Toch bestaat er onder de deelnemers een sterk gevoel van 'erbij te horen'. Je kunt het vergelijken met een volière waarin vele vogels van divers pluimage bijeen zijn.

'Zij denken me te behandelen. Maar ik ervaar alleen maar pijn.'

Naast ervoor te zorgen dat lotgenoten elkaar kunnen ontmoeten, heeft Mad Pride ook een waarschuwende rol die te vergelijken is met het bekende kanariepietje in de kolenmijn: als er reukloos mijn-gas vrijkomt, gaat het vogeltje dood. Als de maatschappij een hele groep mensen uitsluit of niet als volwaardige individuen behandelt, heeft dat ook zijn weerslag op die maatschappij. Mensen met een (psychische) beperking zijn de eersten die omvallen in een maatschappij die niet goed meer werkt.

Of beter gezegd: de mensen die het meest anders zijn en zich dus het meest moeten aanpassen, zijn de eersten die het begeven in een op steeds meer aanpassing gerichte maatschappij. Die maatschappij kan daar op twee manieren op reageren: Wordt er geprobeerd vanuit direct contact met alle betrokkenen contact te leggen om de problemen te begrijpen en die op te lossen? Of wordt er gekozen voor symptoombestrijding en onderdrukking, of erger nog, uitroeiing? Dat laatste klinkt misschien heel extreem, maar de excessen waar zo'n maatschappelijke houding toe kan leiden variëren namelijk van gedwongen castratie van mannelijke patiënten zoals die in de jaren '80 van de vorige eeuw ook binnen de Nederlandse psychiatrie plaatsvonden, tot de moord op meer dan 200.000 psychiatrische patiënten in Nazi-Duitsland: een 'vingeroefening' voor de holocaust.²

Mad Pride is geen anarchistische bende die zich alleen met zichzelf bezighoudt. Zij is anarchistisch in het opzicht dat de beweging onterechte autoriteit en hiërarchie aan de kaak probeert te stellen. Maar vooral probeert Mad Pride met alle beperkte middelen en menskracht waarover zij beschikt, een veilige haven te bieden aan mensen voor wie er geen plek is in de maatschappij.

Mensen verschillen van elkaar; niet alleen in uiterlijk. Ook in capaciteiten en in het beeld dat zij van zichzelf, anderen en de wereld hebben. Mad Pride vraagt dat anders-zijn van mensen te respecteren en hen vanuit dat respect tegemoet te ontmoeten. Dat streven verdient meer aandacht dan Mad Pride nu krijgt. Waar veel zogenaamde vernieuwing voortkomt uit de koker van duurbetaalde adviseurs of gesubsidieerde instellingen, functioneert Mad Pride zonder subsidie. De belangrijkste drijfveren zijn daarbij de individuele nood van de betrokken individuen, en hun enthousiasme daar verbetering in aan te brengen.

¹ Voor een uitgebreidere beschrijving van de geschiedenis zie de Engelstalige site

https://en.wikipedia.org/wiki/Mad_Pride

² Hierover in een volgend nummer meer.

Oproep

Zingeving

Geert Zomer



tekening, Geert Zomer

‘Zingeving’, wat versta je hieronder? De één kan zingeving vinden in een mooie wandeling langs het strand terwijl voor een ander het lezen van een mooi boek zin geeft, of het maken van een tekening.

Toch is het ontbreken van zingeving iets dat velen zullen herkennen. Wellicht in de leegte van het ontbreken ervan? Of misschien in de somberte die zich laat voelen in een nachtelijk uur?

De vraag van ons redactieteam is om jouw kijk op ‘zingeving’ te belichten in een vorm die bij je past. Dit kan middels een tekening zijn, een gedicht, een

essay of een kort verhaal. Maar wellicht wil jij in een video laten zien en horen wat jou zin geeft, zoals de vertolking van een favoriet muziekstuk of het voordragen van een gedicht? De ingezonden video’s kunnen wij op de website van Stichting Weerklank plaatsen. Wees origineel en durf persoonlijk te zijn. Laat je door jezelf en door anderen inspireren. Door jouw inbreng inspireer je anderen ook.

Wij hopen op veel input. Heel veel plezier en succes!

P.s. Ons redactieteam staat voor je klaar voor persoonlijk advies en schrijfhulp (gzomer@scarlet.nl).

Toon Tellegen

Wat ik wil

Ik wou dat de werkelijkheid een ding was,
dat ik haar kon aanraken, optillen en weggooien

en dat ik haar weer terugvond, wanneer het mij zo uitkwam,
en haar oppoetste
tot zij schitterde als een rivier in de zon

ik wou dat de waarheid een vergissing was
en dat iedereen dat inzag en zich voor haar verontschuldigde

er leeft een mier in mij, luier dan een leeuw,
dommer dan een slak

ik wou dat er iets anders was, het begin van iets anders.

Het onmogelijke

Ik wilde van het onmogelijke het mogelijke maken

ik hield van het onmogelijke, hield van niets zoveel,
en toch wilde ik er het mogelijke van maken
met strakke begrenzingen, rechte hoeken, heldere kleurschakeringen
en zekerheid, de zekerheid van kunnen en zullen

maar toen ik jaren later van het mogelijke het onmogelijke wilde maken
riep iemand dat ik op moest schieten en naar binnen moest komen,
wat stond ik daar,
er was nog zoveel te doen.

Kijk

Ik wil niet wanhopen,
wat er ook gebeurt,
welke pijn, tegenslag of onverklaarbare innerlijke wanorde
mij ook treft

ik word bevangen door angst
als ik ook maar een vleugje wanhoop in mezelf meen te bespeuren,
verman mij met ijzig geduld

's nachts houd ik mezelf wakker,
ik ben bang dat ik op een ochtend wanhopig zal ontwaken,
zonder enige aanleiding of verklaring

ik weet dat mijn wanhoop dan onherroepelijk zou zijn,
oninwisselbaar als de dood

ik ben van glas, denk ik, ik mag niet vallen

kijk, zeggen mensen die mij zien gaan,
die man daar, die opgewekte man, die is nog altijd nét,
nét niet wanhopig.

Toon Tellegen, De werkelijkheid, Querido Uitgeverij, Amsterdam, 2016

Een pleidooi voor individuele benadering

Mario Domen

Cruijff zei het al eens ongeveer zo: Waar je niet naar kijkt, zie je niet. Klinkt simpel toch. Maar zelfs zo'n simpel gegeven kan grote consequenties hebben. Je hebt namelijk zaken die je niet ziet omdat:

- je het niet kent dus niet ziet;
- het anders is dan je gewend bent dus wil je het niet zien.

Cruijff had het over voetbal; maar in de psychiatrie is het niet veel anders. Ook daar geldt het belang van de uitgangspunten die gekozen zijn en worden. Die uitgangspunten zijn geen altijd-durende waarheden. Mensen ontwikkelen zich, net als de wereld waartoe zij behoren. In de sport is dat duidelijk: de mens traint zijn lichaam en ook de technische hulpmiddelen van aerodynamische kleding tot geavanceerde tijdmeting hebben hun invloed. Met deze gegevens op de achtergrond is het volgende artikel geschreven.

Je kent het niet dus zie je het niet

Tot de zomer van 2013 leefde ik een normaal leven. Ik ben een gezonde vrouw, gelukkig getrouwd en moeder van drie zonen. Ik heb een relaxte parttimebaan, een fijn huis, geen geldzorgen, geen traumatische jeugd, geen psychische klachten. Echter in een tijdsbestek van drie weken verandert mijn leven totaal.

Na een gesprek met vrienden over spiritualiteit (iets waar ik tot aan dat moment totaal niet mee bekend ben), is het alsof er diep in mij iets geraakt

wordt, alsof er een luikje opengaat. Vanaf dat moment bevind ik mij in een rollercoaster en gebeuren er bizarre dingen. Uit het niets hoor ik stemmen, voel ik energieën van overleden dierbaren en kan ik zelfs met ze communiceren.

...

De diagnose: acute manische psychose. Psychose, het verliezen van het contact met de realiteit. Al mijn ervaringen worden gezien als waan, hallucinaties, onderdeel van mijn ziekte. Er is geen ruimte om mijn ervaringen te delen, er wordt geen betekenis aan gegeven, laat staan dat mij wordt geleerd hoe hiermee om te gaan. Want als het niet bestaat, waarom zou je er dan aandacht aan geven?

Maar ik ben ervan overtuigd dat het geen psychische ziekte was. Dat het geen verliezen van het contact met de realiteit was, maar een kennismaking met een andere realiteit. Een waarheid die zoveel grootser is. Niet te bevatten met mijn brein en niet te plaatsen in mijn aardse referentiekader. Beelden, sensaties, gevoelens, grootser en intenser dan ik voorheen kende. Ik zie het als afstemmen op een andere frequentie, in contact staan met een andere dimensie. Geen psychose maar een spirituele ervaring die door onwetendheid uitmondde in een crisis.¹

Het is anders dan je gewend bent dus wil je het niet zien. Douchen op je sokken.

Aaltje is een zachtaardige, meegaande vrouw. Haar dementie heeft daar geen verandering in gebracht. Ook nu, in het verpleeghuis, voegt ze

zich gemakkelijk naar de ongeschreven wetten en regels. Niet zo verwonderlijk als je uit een gezin met 13 kinderen komt. Ze zit als een van de eersten aan tafel, helpt mee bij het afruimen ze kan intens genieten van een uitje. Er is maar één probleem. Ze weigert haar sokken uit te trekken onder de douche. Zacht gemopper gaat al gauw over in schreeuwen en soms zelfs schoppen. Ook haar kinderen snappen niet waar het gedrag vandaan komt.

Na de zoveelste confrontatie besluiten de zorgmedewerkers het over een andere boeg te gooien. Aaltje mag haar sokken aanhouden. Als ze weer in haar stoel zit, kijkt ze beduusd naar haar natte, koude voeten. ‘Zullen we nu maar droge sokken aantrekken?’ vraagt de zorgmedewerker. Aaltje knikt. Even later zit ze tevreden aan haar kopje koffie.²



foto, Geert Zomer

Maar wat als je denkt dat je alles al ziet ... Twee gevallen van: Waar je niet naar kijkt zie je niet. Beide met grote consequenties voor de betrokken personen. Niet alleen degenen die het overkwam, maar ook hun naasten en de betrokken medewerkers.

In beide voorbeelden past een individueel biografisch geven niet in heersende protocollen. In beide gevallen wordt er ook van uitgegaan dat ‘het afwijkende’ zich in een individueel mens bevindt. En dat deze individuele mens ‘genormaliseerd’

moet worden.

Nu zijn protocollen niet aan het begin van de schepping met de aardse evolutie meegegeven opdat we zouden weten hoe we moeten handelen. Protocollen zijn bedenkzels (die ook heel goed kunnen zijn) van individuele mensen die individuele medemensen zo ver hebben gekregen om ze als richtlijn te gaan gebruiken. Dat hebben ze natuurlijk niet zomaar gedaan. Ze hebben uitgebreid geteld hoeveel mensen er baat bij hadden en hoeveel niet. En als dat er ‘genoeg’ zijn wordt het protocol van kracht.

In deze opzet blijven er dus altijd individuele mensen over voor wie dit protocol niet werkt. Maar dat kan dus alleen in de praktijk blijken. Ondertussen zit de betreffende persoon met de gebakken peren. Want als protocollen de voornaamste blikrichting zijn, mist iedereen het belangrijkste — De individuele mens in zijn of haar eigen situatie van een bepaald moment.

Onbevangen kijken

Tijd om dus anders naar het een en ander te gaan kijken. De wereld, inclusief ons zonnestelsel en alle overige sterrenstelsels is één zich ontwikkelend geheel. Voor zover nu bekend bestaat er daarin — slechts één wezen dat onderscheidingen maakt in dit geheel: de zich van zichzelf bewuste mens op onze aarde. Stenen, planten en dieren zal het worst zijn dat de mens de wereld opdeelt in economie, religie of gezondheidszorg. Zij zijn zoals ze zijn. Mensen stellen zich echter vragen bij hun ‘zijn’. En aangezien dat ‘zijn’ de hele kosmos omvat, delen ze dat ‘zijn’ op in kleine stukjes die ze kunnen behappen.

En vervolgens ruziën theologen, economen, sociologen en ook psychiaters over hoe de wereld er echt uitziet. Maar omdat ze allemaal een ander uitgangspunt hanteren, is voor hen een gemeenschappelijke conclusie onmogelijk. Terwijl die tamelijk simpel kan zijn: De evolutie is een doorlopend geheel, waarvan het menselijke zelfbewustzijn de jongste loot is. Dat dit zelfbewustzijn nog niet zo heel ver ontwikkeld is, is voor iedereen duidelijk die

onbevangen in de wereld rondkijkt.

Feit blijft dat de evolutie een fysiek lichaam heeft voortgebracht dat drager van dit zich ontwikkelen-zelfbewustzijn kan zijn. Met alle bijbehorende zintuigen, organen, levensprocessen, ziele-uitingen, gedachten en wilsuitingen die erbij horen. En allemaal in een hoogst individuele vorm. En die vormen worden zichtbaar op een schaal van 'abnormaal' tot 'supernormaal'. En die beide extremen zijn weer gedachtenresultaten van individuele mensen die genoeg medestanders hebben om ze tot norm te verheffen.

Maar daar sta je dan met een lichaam wat de resultante is van een eon-oude evolutie — met dank aan papa en mama en opa en oma en ... ga maar door. En dan heeft men anno nu een middel gevonden om de drager van dat hele proces te 'normaliseren'.

Wat is normaal?

Nu hebben veel mensen er geen last van dat ze niet 'normaal' zijn. Voor anderen is dat een bijna levensbedreigende ervaring. Weer anderen zoeken juist levensbedreigende situaties op om zich 'mens' te kunnen voelen: beoefenaars van allerlei extreme sporten bijvoorbeeld. Maar mensen die zo'n levensbedreigende reis niet in de buiten- maar juist in hun binnenwereld afleggen, vinden vaak niet de juiste omgeving om zich met deze angsten uiteen te kunnen zetten. Die laatsten vallen dan in de categorie 'psychiatrische problemen'.

Nu zijn die problemen zo oud als de weg naar Rome; zelfs ouder nog. In de cultuur van de oude Grieken was er ook al een classificatie van deze 'aandoeningen'. Zo maakte de filosoof Plato het volgende onderscheid:

- Profetische krankzinnigheid (afkomstig van Apollo)
- Religieuze krankzinnigheid (afkomstig van Dionysos)
- Poëtische krankzinnigheid (afkomstig van de muzen)
- Erotische krankzinnigheid (afkomstig van zowel Aphrodite als Eros).



Origineel

Hoewel er nog steeds bijzonder veel waardering is voor de Griekse kunsten, is het wereldbeeld waar deze uit voortkwamen natuurlijk helemaal achterhaald. Maar is dat ook echt zo? Het komt erop neer dat die oude Grieken de oorzaak van 'krankzinnigheid' niet in de individuele persoon legden, maar aan omstandigheden die deze overkwam (het handelen van de Goden). Net als hun kunstuitingen trouwens.

In ons tijdperk van groeiend zelfbewustzijn is er geen plaats meer voor het handelen van Goden. We zijn zelf de oorzaak van ons geluk en ongeluk. Of is het toch de productie van neurotransmitters die in ongerede is geraakt? In de voorbeelden uit het begin van dit artikel, kun je die trouwens moe-lijk een plaats geven.

Normen voor een individueel bestaan?

Psychiatrie gaat over de psyché, de ziel — wat dat ook mag wezen. Daar zijn vele verschillende opvattingen over. [Even tussendoor: Als je iets wilt genezen moet het er wel zijn, zou Cruijff zeggen.] En over '-iatrie' geneeskunde. Vroeger noemde men mensen met een psychiatrische problematiek trouwens 'geestesziek'. [En wederom tussendoor: als iets ziek kan worden, moet het er wel zijn.] Ondertussen hebben we de individuele mens een beetje als bouwpakket leren kennen: lichaam, ziel en



Imitatie

geest. Toch ervaren al die individuele mensen zich als een geheel. Daar zegt hij of zij 'ik' tegen. En dat 'ik' behelst dus, naast douchen met je sokken aan en spirituele ervaringen, ook neurotransmitters. Maar ook hormonen, bloed, spieren, botten en ga maar door.

Waarom ligt in de psychiatrie dan toch die nadruk op neurotransmitters? Het huidige medische model gaat ervanuit dat de hersenen (zeg maar het centrale zenuwstelsel) een soort sturingsmechanisme bevat dat opdrachten geeft aan de rest van het lichaam. Dat zouden de hersenen doen op basis van informatie die ze via de zintuigen ontvangen. Het is daarmee een onbewust verlopend proces. Maar de hedendaagse mens 'bezit' een zich ontwikkelend zelfbewustzijn. Dat zelfbewustzijn wordt mogelijk gemaakt door een geheel van grotereels meer of minder onbewust verlopende processen: stofwisseling, ademhaling, uitscheiding, en óók hersenprocessen. Zelfs als je spreekt heb je echter eigenlijk geen flauw idee hoe dat je doet. Maar tegen dat alles zeg je wel 'ik'. Zo ervaar je ook

uitdagingen en problemen. Ze gaan over jou als geheel binnen je sociale netwerk. En daarin stel je met allerlei handigheden je eigen plek veilig. En al die uitdagingen en problemen horen net zo bij je sociale omgeving als bij je neurotransmitters, hormonen, bloed, spieren etc. En die worden ook beïnvloed door wat je eet en drinkt, wat je inademt en hoe er met je wordt omgegaan.

Er is dus geen eenduidige oorzaak voor dezelfde ziekte. De een zal als psychotisch worden gediagnosticeerd als gevolg van het gebruik van bepaalde middelen; terwijl een ander dezelfde diagnose krijgt ten gevolge van een spirituele ervaring. De oplossing: sokken aan tijdens het douchen. En dan niet vergeten na afloop droge sokken aan te bieden.

Is er een alternatief?

De mens heeft het vermogen lichaamseigen drugs te produceren. Pijnstillers, angstremmers, rustgevende, meevoelende, transcendentie bevorderende, energie verhogende, gezond makende en lust bevorderende. Ons psychosomatisch stelsel produceert deze al naar gelang er behoefte aan is. Het mobiliseert krachten om het eigen leven en dat van andere wezens te vergemakkelijken. We kunnen de stimulering via lichaamseigen drugs bewust sturen en oproepen.

Deze woorden zijn van de Duitse psycholoog Josef Zehentbauer.³ Het wonderlijke van deze lichaamseigen drugs, is dat ze door ons eigen levende lichaam geproduceerd worden. Dat productieproces in ons lichaam is één geheel, en omvat dus ook de regulering van bloeddruk, hormoonspiegel, hartslag etc. Alles werkt daarbij samen en heeft invloed op elkaar. En daarbij zijn ook uiterlijke factoren betrokken. De winst van het Nederlandse voetbalelftal op Amerika tijdens het afgelopen wereldkampioenschap voetbal, leidde bij voetballiefhebbers tot een verhoging van de spiegel van heel wat van die neurotransmitters en hormonen. Aan anderen ging die opwinding helemaal voorbij. Het toedienen van psychofarmaca valt ook onder de categorie 'uiterlijke factoren'. Hoewel de farmaceutische industrie er helemaal geen aandacht aan besteed — het feit blijft dat een stof die buiten het levende menselijk lichaam wordt gemaakt, een fundamenteel

Artikel

ander karakter heeft dan een lichaamseigen stof. Zoals een imitatie van een werk van de schilder Van Gogh bijna net zo mooi kan zijn als het origineel — het blijft namaak, want het mist ‘originaliteit’, zeg maar scheppingsdrang. En dat verschil zit hem erin dat Vincent de slaapkamer al in zijn hoofd en hart droeg voordat het op het doek zicht-

baar werd. Voor de rest kan het best een goede imitatie zijn die je graag aan de wand ophangt — zeker gezien het prijsverschil.

Datzelfde geldt ook voor psychofarmaca. De productie van lichaamseigen drugs komt voort uit een ingewikkeld scheppingsproces waarbij niet alleen het zenuwstelsel inclusief de hersenen zijn betrok-

Stijfheid van spieren

Seksuele dysfuncties

Rusteloosheid in de benen

Trillingen

Afvlakking gevoelsleven

Verlies van initiatief

Verlies van activiteit

Gevoel opgesloten te zijn

Sufheid

Slaapproblemen

Longontsteking

Droge ogen

Verminderd reactievermogen

Concentratieproblemen

Bewegingsdrang

Libidoverlies

Plotselinge bloeddrukdaling

Veel/weinig speeksel

Misselijkheid

Diarree

Obstipatie

Slaperigheid

Duizeligheid

Onregelmatige menstruatie

Gewichtstoename

Droge mond

Droge ogen

Moeilijk plassen

Beroerte

Verergering van psychose

*Verergering van
gedragsstoornissen*

Wazig zien

Hypertensie

Tongbewegingen

*Zuig-, kauw- en
smakbewegingen*

Uitsteken van de tong

Wisseling van hartritme

Verminderde mimiek

Hallucinaties

Schuifelend lopen

Monotone spraak

*Spiercontracties in hoofd
en nek*

Slikstoornissen

Kaakklem

Dwangstand van de ogen

Onrust

*Wiebelen en wippen van
de voet, hand, onderbeen,
bovenlichaam*

Geheugenstoornissen

*Spiertrekkingen van tong,
kaak en nek*

Parkinson-achtige

verschijnselen

Moeilijk praten

Verwardheid

*Late bewegingsstoornissen
(bij langdurig gebruik)*

Hart- en vaatproblemen

Labiele bloeddruk

*Tachycardie (te snelle
hartslag)*

Diabetes mellitus type 2

Apathie

Warmte intolerantie

Bewustzijnsveranderingen

*Leukocytose (teveel witte
bloedcellen)*

Overmatig transpireren

Nierinsufficiëntie

CVA

Smakgeluiden

Valgevaar

ken, maar de gehele mens in een bijzondere situatie. Denk daarbij maar aan de voetbalhater aan wie de hele opwinding van de zege van Oranje voorbijgaat. Farmaceutische drugs gaan aan dat verband voorbij. Het verband tussen ervaring van de een en diens buitenwereld wordt daarbij in de persoon van de voorschrijver van de medicatie gelegd. Deze baseert zich op proeven van het middel op dieren en mensen in andere omstandigheden dan de 'patiënt'. Met als gevolg: bijwerkingen.



Illustratie Geert Zomer

De brochure waaruit het verhaal van Aaltje aan het begin van dit artikel is genomen, somt vele mogelijke bijwerkingen op (zie tabel pagina 30).

Natuurlijk krijgt niet iedereen met een of meer van deze bijwerkingen te maken, maar ook geldt dat lang niet iedereen profiteert van de positieve effecten van zo'n middel. Daar is het ook niet voor gemaakt. Het is gericht op een percentuele meerderheid van een duidelijk omschreven doelgroep. En die doelgroep heeft soms pas jaren later last van die bijwerkingen, terwijl de onderzoeken

naar de effectiviteit ervan zich vaak tot enkele jaren beperken.⁴

Nee, dan die lichaamseigen drugs: die maak je zelf in jouw specifiek eigen lichaam in de voor jou specifieke omstandigheid in jouw leven.

Natuurlijk kunnen je lichaamsprocessen je ook — tijdelijk — in de steek laten. Maar Zehentbauer geeft ook handvatten om daarmee om te gaan. Hieronder volgt een vertaling van een deel van zijn tekst over depressie uit zijn boek *Chemie für die Seele*:

Depressief gestemde mensen worden niet alleen door zielenleed terneergeslagen, maar vaak ook door lichamelijke klachten. Soms staan de laatste zelfs op de voorgrond. Zij klagen dan over hoofdpijn, rugpijn, hart- en maagklachten, diffuse lichaamsspijnen, pijn en vermoeidheid in de benen, een verstopte keel hebben enz. Daarom is het bij hen belangrijk deze klachten te behandelen. Dat lucht ook zielsmatig op. Enkele mogelijkheden hiervoor zijn:

1. Verandering van voedingspatronen

In plaats van uitgebreid middag- en avondeten, meerdere kleine maaltijden per dag. Niet vlak voor het slapen gaan. Zorg voor voldoende drinken (1,5 tot 2 liter per dag). Ook eiwitrijk en vetarme diëten kunnen gunstig werken. Een tijd afzien van vleesproducten werkt ook heilzaam.

Een regelmatige stoelgang is belangrijk. Die kan gestimuleerd worden door volkoren producten, gedroogde vruchten, yoghurt, lijnzaad. Qua vitamine komt Vitamine H in aanmerking (Biotin). Die zit in vooral in melk en sojabonen.

2. Verhoogde lichamelijke inspanning

Gymnastiek, dansen, sport, sauna, wandelen, fietsen. Wat ook goed werkt is 1 à 2 maal per dag op een aangename manier 'buiten adem' te raken, flink te zweten; hierdoor bereik je een kortdurende verandering in het vegetatieve zenuwstelsel. Extra bewegen in een depressieve stemming is heel lastig maar ook heel heilzaam.

3. Liefde voor het eigen lichaam

Je kunt je uiterlijk veranderen door een nieuwe haarcoupe te kiezen, of een andere kleur. Mascara te gaan gebruiken, oorkingen te gaan dragen.

Het doet goed om je lichaam liefdevol te verzorgen; bijvoorbeeld met verfrissende rozemarijn douche- of badzeep. Verder lekker ruikende lichaamsoliën of parfums, Alles waar je lichaam zich goed bij voelt.

Je kunt bepaalde lichaamsdelen zelf masseren: buik, nek of je helemaal met een lekkere massageolie insmeren. Nog aangenamer is het natuurlijk dat te laten doen. Zodat ook lichamelijke spanningen zich kunnen oplossen.

Depressieve mensen hebben de neiging wat onverschillig te gaan staan tegenover seksualiteit; niet alleen t.o.v. zelfbevrediging, maar ook in contact met anderen. Er is niets mis met een bewuste onthouding — ook al duurt die een paar maanden. Maar zelfbevrediging geeft een positieve houding naar het eigen lichaam, ook daar is niets mis mee. Het gaat om de liefdevolle omgang met het eigen lichaam; niet om de extase van een orgasme. Lichamelijke behoeften dienen zo veel mogelijk bevredigd te worden

4. Lichaamsgerichte therapieën

Depressieve gevoelens gaan vaak gepaard met lichamelijke spierspanningen.

Deze kunnen verminderd worden met 's ochtends afwisselend koude en warme douche, eventueel met rozemarijn. Dit bevordert de band met het lichaam. 's Avonds is het terugwinnen van harmonie belangrijk: valeriaan en melisse kunnen helpen. Om de slaap te bevorderen helpt en vochtig-warme lichaamswikkel voor het slapengaan.

Ook vocht afdrijvende thee heeft een reinigende werking. Dat geldt ook voor acupunctuur. Heel belangrijk is het met aandacht waarnemen van natuurprocessen. Daar kun je je weer gezond bij gaan voelen als je er echt in verdiept.

Voor andere 'psychiatrische verschijnselen' geeft hij ook dergelijke richtlijnen.

Natuurlijk is het tijdens een depressie niet eenvoudig om zelf zo actief te worden. Soms heb je daarbij echt aansporing en begeleiding van een ander voor nodig. Dat zoiets met horten en stoten gaat, maakt het een echt proces, waaraan alle betrokkenen een ontwikkeling door maken. Zeg maar: een origineel scheppingsproces. En in vergelijking daarmee brengen psychofarmaca het nooit verder dan een grove imitatie van de werkelijkheid. Waarbij ook nog eens belevingen van het 'gezonde' deel van de werkelijkheid geblokkeerd worden

Soms is nodig je over te geven aan zo'n schijnwereld omdat de echte wereld te overweldigend is. Maar dat kan nooit een vervanging zijn voor het origineel. Vroeger of later gaat het gevoel van 'onechtheid' overheersen. En dat wordt dan versterkt door de ontwenningverschijnselen die met de afbouw van psychofarmaca gepaard gaan. Daar zul je bij lichaamseigen drugs niet snel last van krijgen. Want dan ga je 'gewoon' wat anders doen, waardoor je andere lichaamseigen drugs produceert.

Tot slot nog een paar fabels en feiten uit de in noot 2 genoemde brochure 'Een pil tegen het roepen'. Niet gebaseerd op psychiatrische theorievorming, maar op de dagelijkse psychiatrische praktijk.

'Te midden van de moeilijkheid ligt de mogelijkheid' (Albert Einstein).

Fabel: Regels zijn heilig.

Feit: Een pil tegen roepen bestaat niet.

Feit: Persoonlijke aandacht en volharding maken het onmogelijke soms haalbaar.

Feit: Om probleemgedrag op te lossen moet je gewoontes durven loslaten.

Fabel: Psychofarmaca lost de oorzaak van probleemgedrag op.

Fabel: Veiligheid is belangrijker dan vrijheid.

Feit: Zorgmedewerkers zijn soms ook oorzaak van probleemgedrag.

Fabel: Vrijheidsbeperking maakt het leven van cliënten veiliger.

Feit: Afbouw is een zorgvuldig proces van trial & error en hoeft niet altijd naar 'nul' te leiden.

Feit: Haldol is effectief bij 1 op de 5 gebruikers.

Fabel: Pillen afbouwen is een enorm risico.

1 <https://www.psychosenet.nl/psychose-of-spirituele-ervaring/>

2 Uit: Anne-Mieke den Ouden & Jeroen Schumacher Een pil tegen roepen. Feiten en fabels rond psychofarmaca in de ouderen- en gehandicaptenzorg. Gratis te downloaden via https://www.zorgvoorbeter.nl/zorg-en-dwang/psychofarmaca/medicatie-ouderen?_ga=2.45476580.1382773236.1637575173-442323435.1635777563.

3 Josef Zehentbauerm Körper eigene Drogen — Garantiert ohne Nebenwirkungen, Verlag Walter 2010.

4 De psychiater Lex Wunderink heeft daar alweer enkele jaren geleden een fraaie lezing over gegeven voor Anoksis. Zie: https://www.youtube.com/watch?v=wanlhX4_4XQ.

Handen die licht geven

Geert Zomer

Het verkeerde bakje

Toen zijn manuscript was afgewezen
trok hij naar de grote stad om op verhaal te komen.
Na wat te hebben gelopen en gewinkeld
besloot hij een paar glazen te legen.

De serveerster keek dwars door hem heen,
zijn bestelling werd niet opgenomen.
Hij dacht aan onzichtbaar zijn, aan lichtwezens, dromen
en aan parallelle universums.

Jaren geleden was hij in het verkeerde bakje gekomen.
Hier ondervond hij, nog steeds, de gevolgen van.

Gelukkig werd zij afgelost,
haar vervangster kwam meteen naar hem toe.
Zij glimlachte en tijd verdween rond haar schouders.

Een serveerster met handen die licht geven. Het zou een fragment uit een droom kunnen zijn. Maar ook iemand die ontgrensd is zou in de situatie terecht kunnen komen zoals beschreven in dit gedicht.

Binnen een denkbeeldige cirkel zetten gangbare opvattingen in chronologische tijd de toon. In de ruimte erbuiten wordt het palet gekleurd door fantasie, mystiek, droomtaal en verlangen. In onze slaap betreedt de ziel het domein van de

droom. De meest vreemde situaties spelen zich af als een film in ons hoofd. De chronologie van de tijd wordt verlaten. De ziel speelt een spel met ruimte en tijd in pogingen zich te verbinden met het AI.

De mysticus ervaart het AI vanuit een wakende, rustig beschouwende houding. Hij weet dat Eenheidservaringen niet in woorden zijn uit te drukken en richt zich op de ervaring zelf. Maar het kan ook zijn dat Eenheidservaringen gekleurd worden; door onrust en angst, vanuit onveiligheid.

Artikel

Zelf ondernam ik – beter gezegd, mijn ziel ondernam – pogingen de Eenheid te ervaren die ik heb gemist in mijn kindertijd. Met andere woorden: mijn geest keerde zich naar het mystieke in een poging om de Eenheid te herstellen. Ik maakte hierbij gebruik van droomtaal. Veel mensen in een psychotische crisis spreken over deze Eenheidservaringen en de soms brute wijze van reageren door de omgeving. Als voorbeeld het isoleren en medicaliseren terwijl deze Eenheidservaringen een cruciale rol kunnen spelen in het herstel.

‘... De psychose betekende een breuk, de Havo heb ik nooit afgerond. Wat eerst veilig was, was nu onveilig. Zekerheden vielen weg. De wereld was niet te vertrouwen, dit vertaalde zich in een paranoïde hallucinair syndroom. Ik was als de dood dat mensen zouden weten wat er in mij omging. Ik leefde in een magische wereld, speelde een rol in een sprookje, onverklaarbare zaken deden zich voor.’

Ook poëzie maakt gebruik van droomtaal in pogingen het onzegbare te verwoorden. Betekenissen worden uit hun verband gehaald, er wordt een creatief spel gespeeld met de chronologie van de tijd. Geheimen die zich verschuilen achter woorden geven zichzelf niet makkelijk prijs.

Dit artikel (in iets gewijzigde vorm) is eerder gepubliceerd op Psychosenet (februari 2016).

Het gedicht ‘Het verkeerde bakje’ is afkomstig uit de bundel Binnenman (Uitgeverij Liverse, 2016).

Ingezonden brief

Mario Domen

Klankspiegel is het contactblad van Stichting Weerklank. Maar het is ook meer dan dat. Het is een periodiek verschijnend tijdschrift waarin psychische problematiek ook belicht en besproken wordt vanuit een niet-psychiatrisch perspectief. Of om het in gewoon Nederlands te zeggen: het is een tijdschrift dat zich bezighoudt met ongewone situaties in biografieën van gewone mensen.

Anno 2023 klinkt op alle gebieden steeds meer roep om openheid. Openheid gaat volgens de redactie van De Klankspiegel samen met wederkerigheid. De Klankspiegel is immers ook een contactblad dat volgens het colofon mede tot doel heeft het tweerichtingsverkeer tussen hulpverlener en cliënt op gang te brengen.

We willen dit jaar dan ook een nieuwe rubriek beginnen: *De ingezonden brief*. Deze rubriek staat open voor iedereen die iets uit eerste hand te melden heeft, en dat voor de lezers van De Klankspiegel van belang kan zijn. We zijn ons ervan bewust dat er soms een selectie nodig zal zijn. Dat zal steeds in overleg met onze toekomstige brieverschrijvers gebeuren.

We hopen op interessante bijdragen.

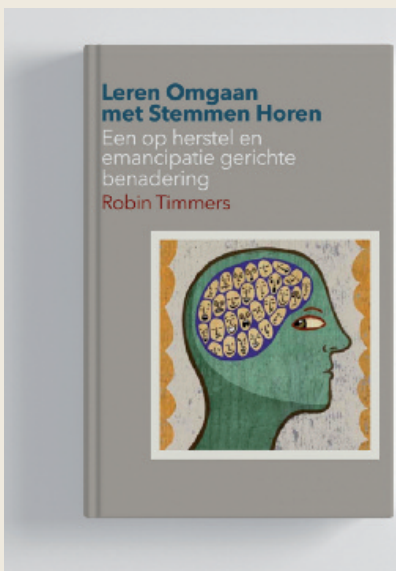
Brieven kunnen gestuurd worden naar: klankspiegel@stichtingweerklank.nl

Boeken



Marius Romme, Sandra Escher en Dirk Corstens, Stemmen horen begrijpelijk maken, een praktische handleiding (Uitgeverij Boom).

Stemmen horen begrijpelijk maken is een geheel herziene uitgave van het boek Omgaan met stemmen horen – een gids voor hulpverlening (Romme & Escher, 1999). Deze nieuwe uitgave is aangevuld met de ervaring en kennis die de auteurs in de afgelopen twintig jaar hebben opgedaan en met bevindingen uit het onderzoek naar stemmen horen dat sinds 2000 exponentieel is gegroeid.



Robin Timmers, 'Leren Omgaan met Stemmen Horen: Een op herstel en emancipatie gerichte benadering'.

In dit boek geeft ervaringsdeskundige Robin Timmers duidelijke uitleg over alle aspecten van stemmen horen en bruikbare handvatten over hoe je er zelf mee om kunt gaan.

Op www.omgaanmetstemmenhoren.nl kun je de papieren versie van Robin's boek voor een vriendelijke prijs bestellen. Je kunt daar ook de digitale versie van het boek gratis lezen en downloaden. Inmiddels is er een tweede, herziene druk verschenen.



**Stemmen horen;
Wat is het? Wie overkomt het? Hoe er mee om te gaan?**

Uitgave Stichting Weerklank, 35 p, € 3,-.
Informatieboekje van de Stichting Weerklank waarin een beschrijving opgenomen is van wat stemmenhoren inhoudt, informatie over klachten die stemmen kunnen geven en enige verklaringen vanuit verschillende visies over stemmen. Verder bevat dit boekje tips en adviezen, zowel voor stemmenhoorders als familieleden en hulpverleners.

Voor verdere boeken: zie website Stichting Weerklank.

Steunpunten (ook gespreksgroepen)

Nijmegen

Steunpunt Stemmen Horen Nijmegen Team Herstel, RIBW Nijmegen & Rivierenland
Contactpersoon Robin Timmers
Hulzenseweg 10 V3
6534 AN Nijmegen
Tel.: 06 22768271
steunpuntstemmenhoren@gmail.com
GROEP: maandagmiddag om de week

Den Haag

Steunpunt Stemmen Horen Haaglanden, onderdeel van Stichting Anton Constandse
Contactpersoon Yvonne Doornbos
Jacob Pronkstraat 6
2584 BS Den Haag
Tel.: 06 24882683
yvonedoornbos@gmail.com
GROEP: vrijdagmiddag om de week

Leiden

Steunpunt Stemmen Horen Leiden e.o. Buurtontmoetingsplek Leiden Zuid-West
Contactpersonen:
Sonja en Hans van der Flier
Willem Klooslaan 15, 2321 BH Leiden
zelfregiecentrumleiden@gmail.com
Geopend op dinsdag van 10.00 tot 17.00 uur
Groep: dinsdagmiddag om de week

Utrecht

Steunpunt Stemmen Horen Utrecht, Enik Recovery College, locatie Hoograven (Vaartscherijstraat 51).
Contactpersoon Maya Smits
Tel. 06-12978506
steunpuntstemmenhoren@lister.nl
www.enikrecoverycollege.nl
Groep: locatie Houten. Dinsdag, elke oneven week, 13.30 – 15.30 uur.

Enschede

Steunpunt Stemmen Horen Enschede Twente Mediant
Contactpersoon Donja te Brinke
Broekheurnering 1050
7546 TA Enschede
053 4755399
info@herstelintwente.nl

Zeeland

HerstelTalent
Contactpersoon:
Irene van de Giessen
Verlengde Dishoekseweg 2
4371 NK Koudekerke
Tel.: 06 22889296
E-mail: info@hersteltalent.nl

Gespreksgroepen

Amsterdam

Wanneer: eerste maandag-middag van de maand
Tijdelijk bij TACA
Contactpersoon: Roelof van Thiel
de Borgerstraat 102
1053 PW Amsterdam
Tel: 06 55321673
stemmenhorengroep@gmail.com

Rotterdam

Wanneer: dinsdagmiddag om de week van 13.00 tot 15.00 uur
Organisatie: Zorgvrijstaat
Contactpersoon: Zahia
Graaf Florisstraat 88a
3021 CL Rotterdam, 06 38406386

Eindhoven

Wanneer: eerste en derde woensdagmiddag van de maand
Organisatie: GGZe – Groeirijk
Contactpersoon: Mariska Timmer
Contactpersoon: Ted van Zantvoort
Ingang via Restaurant Trefhove
Dr. Poletlaan 30, 5626 ND Eindhoven
040 2613958, groeirijk@ggz.nl

Harderwijk

Wanneer: dinsdagavond om de week van 19.30 tot 21.30 uur
Organisatie: ZorgDat
Contactpersoon: Geert Zomer
Wijkontmoetingscentrum De Bogen
Triasplein 9 en 10, Tel: 06 16561586 of, info@zomer-praktijk.nl

Contactpersonen

De hierna genoemde ervaringsdeskundigen, ouders of professionals kunt u bellen, schrijven of e-mailen als u iets wilt weten over stemmen horen of als u behoefte heeft om met iemand daarover te praten.

Noord-Holland

Peter Oud, sociaal psychiatrisch verpleegkundige

Tel: 06 10202771
peter.oud.tc@ziggo.nl

Friesland, Groningen en Drenthe

Geen

Flevoland, Overijssel

Geert Zomer, ervaringsdeskundige

Tel.: 06 16561586
info@zomer-praktijk.nl

Zuid-Holland

Yvonne Doornbos, ervaringsdeskundige

yvonedoornbos@gmail.com

Utrecht

Stemmenpoli UMCU

Bart Tijsterman
088-7556370

Dirk Corstens, psychiater

088-1149494/dcorstens@metggz.nl

Gelderland

Robin Timmers, ervaringsdeskundige

Regio Nijmegen
steunpuntstemmenhoren@gmail.com

Marianne Kranenkamp, ervaringsdeskundige, regio Achterhoek

06-10855971
m.kranenkamp@chello.nl

Zeeland

HerstelTalent

Tel: 06 22889296
info@hersteltalent.nl

Noord-Brabant

Tilly Gerritsma, familie en bondgenoten

megerritsma@hotmail.com

Limburg

Resi Malecki, ervaringsdeskundige

Tel.: 046 8507588
resimalecki@live.nl

Behandeling o.a. bij:

Stemmenpoli Alkmaar,

Praktijk Dirk Corstens

Contactpersoon:

Peter Oud, sociaal psychiatrisch verpleegkundige

Tel: 06 10202771

peter.oud.tc@ziggo.nl

WWW: <https://www.peteroudtrainingencoaching.com/treatments>

Stemmenpoli Utrecht, UMCU

contactpersoon **Lucy Visser,**

Verpleegkundig Specialist

Postbus 85500

3508 GA Utrecht

Tel: 088 7555555

Stemmenpoli Groningen, UMCG

contactpersoon

Ingrid Tewelde-Kampert,

GZ psycholoog

Hanzeplein 1

9713 GZ Groningen

Tel: 050 361 61 61



stichting
weerklank