



UvA-DARE (Digital Academic Repository)

Baas in eigen brein. 'Antipsychiatrie' in Nederland, 1965-1985

Blok, G.

Publication date
2004

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Blok, G. (2004). *Baas in eigen brein. 'Antipsychiatrie' in Nederland, 1965-1985*. [Thesis, fully internal, Universiteit van Amsterdam]. Uitgeverij Nieuwezijds.

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, P.O. Box 19185, 1000 GD Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

Vluchten of veranderen

Vernieuwingsdrang op de afdeling Conolly van psychiatrisch ziekenhuis Brinkgreven te Deventer, 1969-1979

Eind 1971 kwam Annemieke Mars als derdejaars leerling-verpleegkundige werken op Conolly, de opnameafdeling 'heren' van psychiatrisch ziekenhuis Brinkgreven te Deventer. Haar aankomst daar omschrijft ze als een overgang 'van de hel naar de hemel'. Mars was haar B-opleiding begonnen in het nabijgelegen psychiatrisch ziekenhuis de St. Franciscushof in Raalte, waar ze het vreselijk vond. De patiënten werden er volgens haar betutteld en soms ronduit mishandeld. 'Een van huis weggelopen pubermeisje', aldus Mars, 'moest ik een braakspuit toedienen. Nadat ze had overgegeven moest ik tegen haar zeggen: "Dat komt er nou van als je wegloopt". Gedragstherapie heette dat. Ik heb er nachtmerries over gehad.'

Na een conflict nam Mars gedwongen ontslag in Raalte. Haar eerste werkdag op Conolly zal ze nooit vergeten. Mars meldde zich op het verpleegkantoorje en op dat moment rinkelde de telefoon. Mars: 'Ik nam op. Het was de moeder van een patiënt. Ze wilde weten hoe het met haar zoon ging. Ik gaf de telefoon door aan Johan Bunt, de eerste verpleegkundige, maar hij zei: "Nee hoor, roep die zoon er zelf maar bij. Hoe kan ik nou zeggen hoe het met hem gaat? Dat kan hij haar toch alleen zelf vertellen?"' Mars voelde zich alsof er een juk van haar schouders viel, vertelde ze achteraf. Het kon ook anders, in de psychiatrie. In plaats van het leven van de opgenomen patiënten van hen over te nemen, kon je ook proberen hen de beschikking over hun leven juist terug te geven.¹

In het voorgaande hoofdstuk werd beschreven hoe rond 1970 het leveren van kritiek op het medisch model in de klinische psychiatrie een rage werd in Nederland. De wens tot maatschappijhervorming en het streven naar hervorming van de psychiatrische hulpverlening lagen in elkaars verlengde. Verbindende idealen waren die van vrijheid, gelijkheid en openheid. In de media en in films werden de psychiatrische ziekenhuizen neergezet als symbolen van de 'ouderwetse', burgerlijke mentaliteit in ons land. De kritiek op het medisch model werd indertijd echter ook gretig omarmd door mensen die zelf werkzaam waren in het hof van de leeuw, de psychiatrische ziekenhuizen.

Dit hoofdstuk beschrijft de gebeurtenissen op de afdeling Conolly, een van de

vele lokaties in de Nederlandse klinische psychiatrie waar medewerkers zich in de loop van de jaren zeventig keerden tegen het 'medisch model'. Conolly was een paviljoen voor 'heren' van psychiatrisch ziekenhuis Brinkgreven te Deventer. Het was een klassiek inrichtingsgebouw dat eind negentiende eeuw was gebouwd, met hoge plafonds, lange gangen en slaapzalen. Het paviljoen was vernoemd naar de destijds beroemde Engelse psychiater John Conolly (1794-1866). Die pleitte medio negentiende eeuw voor het afschaffen van fysieke dwangmiddelen in de klinische psychiatrie. De benedenverdieping was een opnameafdeling. Boven was een afdeling waar mensen naartoe konden wier behandeling langer zou gaan duren dan enkele weken of maanden. Op Conolly Boven verbleef bovendien een groep van zes zwakzinnigen. Onderin het paviljoen was een kelder, waar onder meer aan arbeidstherapie werd gedaan. Op de zolder van het paviljoen waren kamertjes voor leerling-verpleegkundigen, die tot het midden van de jaren zeventig intern woonden.

Rond 1970 gingen de toenmalige afdelingspsychiater Jan Prins (1929-1985), de psychologe Riet Muller (1932-1986) en de hoofdverpleegkundige Bart Boersma (geb. 1942) Conolly omvormen naar het voorbeeld van de therapeutische gemeenschap. Gezins- en relatietherapie en groepstherapie gingen een belangrijke rol spelen in de behandeling. In een aantal opzichten waren de gebeurtenissen op Conolly uniek. Zo was op Conolly begin jaren zeventig al veel mogelijk waarnaar op andere lokaties in de Nederlandse intramurale psychiatrie nog vooral werd verlangd door vernieuwingsgezinden, zoals gezins- en relatietherapie. Opvallend was verder de afwezigheid van een psychiater in het dagelijkse reilen en zeilen op deze afdeling. Prins was in de praktijk vooral actief op de polikliniek, waardoor Muller en Boersma veel invloed konden krijgen op het behandelbeleid van Conolly.

Het verhaal over Conolly is echter wél representatief voor de *aard* van de vernieuwingsdrang die begin jaren zeventig heerste binnen de Nederlandse intramurale psychiatrie. De gebeurtenissen op Conolly waren in veel opzichten allesbehalve uniek, vooral wat betreft de wens om de psychiatrische behandeling te intensiveren op basis van psychotherapeutische behandelvormen, het centrale ideaal van de therapeutische gemeenschap, het dominante psychotherapeutisch optimisme, de gelezen literatuur en de belangrijke rol die verpleegkundigen en psychologen speelden in de drang tot hervorming. In dit boek is daarom gekozen voor de afdeling Conolly als centrale casestudy. Bovendien maken de gebeurtenissen op Conolly duidelijk hoe breed begin jaren zeventig de kritiek leefde op het medisch model, de visie op de klinische psychiatrie als sociaal beheersinstrument, de kritiek op de hospitaliserende werking van de psychiatrische ziekenhuizen en de notie van de zin in de waanzin. De kritische psychiatrie was zeker niet alleen een rage onder drugsgebruikers, journalisten, linkse academici en kunstenaars. Ook in een afgelegen doorsnee psychiatrisch ziekenhuis als Brinkgreven heerste begin jaren zeventig, althans bij een deel van de medewerkers, een ronduit revolutionaire stemming. De aanval op het medisch model drong hier dus zelfs

door tot de opnameafdeling en het had weinig gescheeld of de roerige gebeurtenissen op Conolly hadden geresulteerd in een Dennendal-affaire binnen de volwassenenpsychiatrie.

In dit hoofdstuk worden de veranderingen in de behandeling en in het dagelijks leven op de afdeling Conolly beschreven. De nadruk ligt daarbij op de gebeurtenissen in de periode van 1969 tot 1979. Voor het beginjaar 1969 is gekozen omdat vanaf dat jaar de gebeurtenissen op Conolly in een stroomversnelling kwamen. Het laatste jaar dat uitgebreid wordt beschreven in dit hoofdstuk is 1978, toen de directie van pZ Brinkgreven het toonaangevende behandelteam op Conolly dwong te vertrekken. Vervolgens werd Conolly vanaf 1980 samengesmolten met de opnameafdeling voor dames, Schroeder van der Kolk, en kwam er dus formeel een einde aan de opnameafdeling Conolly.²

De context van de ontwikkelingen op Conolly blijft in dit hoofdstuk voornog achterwege. In de hoofdstukken 4 en 5 wordt ingegaan op de vraag in hoeverre de veranderingen op Conolly uitzonderlijk waren in vergelijking met ontwikkelingen elders in de Nederlandse intramurale psychiatrie. Hoofdstuk 4 plaatst de gebeurtenissen op Conolly in de context van de veranderingen die plaatsvonden in pZ Brinkgreven als geheel gedurende de jaren zestig en zeventig. In hoofdstuk 5 komen vervolgens de gebeurtenissen in andere Nederlandse psychiatrische ziekenhuizen tijdens deze 'lange jaren zeventig' aan bod.

3.1 De omwenteling

Prins, Muller en Boersma omschreven hun nieuwe aanpak op Conolly als een 'sociaal model', zoals we in de volgende paragraaf zullen zien. Ze contrasteerden dit sociale model met het 'medisch model' dat tot dan toe zou hebben gedomineerd op hun afdeling. Voordat het trio Prins, Muller en Boersma begon met hun hervorming van Conolly was deze afdeling een 'klassiek paviljoen' van een psychiatrisch ziekenhuis, aldus de geschiedvisie van de hervormers.³ De afdelingspsychiater maakte de dienst uit, de psycholoog mocht alleen psychologische testen afnemen en de hoofdverpleegkundige handhaafde de orde op de afdeling. Ondanks het feit dat de verhoudingen tussen de verschillende beroepsgroepen zeker veel democratischer zouden worden tijdens de jaren zeventig, was het protest tegen het medisch model in de behandeling van patiënten niet zo vernieuwend als het destijds werd gepresenteerd.

Zo werkte afdelingspsychiater Kees van Rhijn, die onder meer beïnvloed was door de psychoanalyse, tussen 1956 en 1960 op Conolly met LSD-therapie. LSD is een zeer krachtige chemische stof, die ongeveer acht uur werkzaam is en zowel de zintuiglijke waarneming van de gebruiker verandert als ook diens denkprocessen en emotionele gesteldheid. Van Rhijn gebruikte het middel vooral in de behandeling van alcoholisten en mensen met dwangneurosen. Voor mensen met schizofrenie was een behandeling met LSD volgens Van Rhijn niet geschikt. Hij be-

schouwde LSD als psychisch dynamiet, dat mensen bewust kon maken van innerlijke conflicten en dat onderdrukte gevoelens naar de oppervlakte kon halen. 'Als in de LSD-roes een alcoholist bedreigd wordt door een reusachtige inktvis', schreef Van Rhijn bijvoorbeeld, 'dan ziet de patiënt [...] zelf wel dat dit een afgrijpselijke symbolisatie is van zijn ambivalent moedercomplex'.⁴ De angstaanvallen van een andere man waren volgens Van Rhijn veroorzaakt door een trauma uit de kindertijd, toen zijn zussen hem op de po hadden zien zitten, iets waarover de man zich vreselijk had geschaamd.⁵ Onder invloed van LSD konden dergelijke verdrongen gevoelens een ontlading krijgen en vond er een zogenaamde catharsis plaats, die geacht werd genezend te werken.

Een verklaard tegenstander van een medisch georiënteerd behandelmodel was Van Rhijn echter zeker niet. Zijn werkwijze was eclectisch. Van Rhijn maakte niet alleen gebruik van LSD, maar ook van de moderne antipsychotica en antidepressiva die sinds de jaren vijftig op de markt kwamen, zoals Largactil en Tofranil. Ook werkte hij met de elektroshockbehandeling; in de jaren vijftig werden op maandag en donderdag mensen 'geschokt' op Conolly.⁶ Ook werd volgens verpleegkundigen de braakspuit indertijd nog weleens ingezet als strafmiddel. Toch sluisde op Conolly al vanaf het einde van de jaren vijftig onvrede over de somatische aspecten van de psychiatrische behandeling. In 1960 schreef psychiater Van Rhijn dat de behandelingen met Largactil en andere nieuwe psychofarmaca met aanzienlijke risico's en bijwerkingen gepaard gingen. Zo sprak hij van een 'witte wasachtige inactiviteit, die de afdeling verandert in een wassenbeelden tentoonstelling'.⁷ Ook verpleegkundigen stonden volgens Van Rhijn niet altijd met enthousiasme en vertrouwen tegenover de psychofarmaca die ze een aantal keren per dag moesten ronddelen. Uit ongerustheid over de bijwerkingen verzochten verpleegkundigen hem geregeld om de dosis te verlagen, of om een ander medicijn te proberen.⁸

Verder schafte men op Conolly in de loop van de jaren zestig de standaardpraktijk af om nieuwe patiënten de eerste tien dagen 'ter observatie' in bed te verplegen. Ook besloten verpleegkundigen van deze afdeling hun uniformen uit te trekken, die volgens hen een barrière vormden in de omgang met patiënten. Psychiatrisch-verpleegkundige Henk van der Woude, die eind jaren vijftig op Conolly kwam werken, herinnerde zich dat de gesprekken van patiënten vaak compleet stilvielen als je gekleed in een witte jas bij hen kwam zitten.⁹ De burgerkleding maakte het makkelijker om een praatje aan te knopen met patiënten, iets wat Van der Woude graag deed. Toen hij pas op Conolly werkte, betreurde hij het dat contact met patiënten zo'n geringe rol leek te spelen in het verpleegkundig werk. Van der Woude: 'Ik zat eens te praten met een patiënt die een beetje down was en kreeg op mijn kop van de hoofd van de afdeling. Je moest altijd bezig zijn, schoonmaken.'¹⁰

Ondanks dergelijke veranderingen bleef Conolly echter in veel opzichten inderdaad een 'klassieke afdeling' van een psychiatrisch ziekenhuis. De psychotherapeutische aanpak van Van Rhijn leidde bijvoorbeeld niet tot veel persoonlijker

of meer intensief contact tussen arts en patiënt, of tussen verpleegkundigen en patiënten. Van Rhijn, die meerdere afdelingen onder zijn hoede had, gaf de patiënten die hij selecteerde voor een LSD-behandeling 's ochtends een injectie met dit middel, wenste hen een 'goede reis' en verdween. De patiënt doorleefde zijn 'trip' in een kamertje waar klassieke muziek opstond en waar een verpleegkundige aanwezig was, die echter in principe niet geacht werd met de patiënt te praten. Ook bleven de gezagsverhoudingen tot het einde van de jaren zestig sterk hiërarchisch op Conolly. Volgens diverse verpleegkundigen die indertijd op deze afdeling werkten, was de arts een soort godheid.

Bovendien was het dagelijks leven op Conolly eind jaren zestig nog zeer traditioneel, betogen de verpleegkundigen Gerard Kienhorst en Hans Weidema. Hoofdverpleegkundige broeder Schilstra regeerde met krachtige hand. De dagen bracht men door met arbeidstherapie. Orde, regelmaat en hygiëne stonden voorop. Elke ochtend werden de patiënten al vroeg gewekt. Na het ontbijt gingen ze de trap af naar de kelder van het paviljoen, of naar buiten, voor deelname aan enigerlei vorm van arbeidstherapie. De verpleegkundigen gingen vervolgens de afdeling schoonmaken en de bedden opmaken. Dat moest 'op streep' gebeuren: de lakens van alle bedden dienden op dezelfde hoogte om de dekens te zijn geslagen. Als de patiënten gingen wandelen, gebeurde dat op haast militaire wijze: netjes in het gelid, twee aan twee, met vooraan en achteraan de stoet twee verpleegkundigen. Verder begeleidden verpleegkundigen de arbeidstherapie op het terrein. Weidema: 'Brinkgreven was toen in het bezit van een grote plantage voor Digitalis.¹¹ Daar werkten we overdag soms met de patiënten. De zon scheen, mensen droegen strohoeden en klompen. Iemand mompelde wat voor zich uit, je mompelde wat mee. Tussen de middag ging je warm eten op het paviljoen'. Niet alleen vond Weidema zelf, als nieuwkomer in een vreemde wereld, deze rust en orde prettig en duidelijk, hij meende ook dat ze bijdroegen aan het welzijn van de patiënten. In zijn woorden: 'Niet te veel babbelen over wat er nou precies was gebeurd in het leven van die mensen. Gewoon heerlijk een beetje schoffelen samen.'¹²

PLEIDOOI VOOR EEN 'SOCIAAL MODEL'

Vanaf het eind van de jaren zestig vonden ingrijpende veranderingen plaats op Conolly, zowel wat betreft de structuur van het dagelijks leven en de gezagsverhoudingen op de afdeling, als wat betreft de visie op en behandeling van de opgenomen mensen. Een belangrijke rol in dit veranderingsproces speelde verpleegkundige Boersma. Hij was in 1966 op Conolly komen werken na zijn opleiding te hebben genoten in psychiatrisch ziekenhuis Duin en Bosch te Castricum, waar hij naar eigen zeggen was opgeleid in het 'medisch model'. Aanvankelijk verzette hij zich daar niet tegen. Integendeel: hij hielp de psychiater die eind jaren zestig op Conolly de scepter zwaaide, dokter Bos, enthousiast met het geven van elektroshockbehandelingen. Boersma vertelde hier achteraf over: 'Aanvankelijk, toen

ik als jonggediplomeerde op Conolly kwam werken, voelde ik me wel gewichtig dat ik mee mocht helpen met die elektroshocks. Maar bij veel mensen zag je na een tijdje dat het geen barst hielp en dat ze erg angstig hiervoor werden. En als je ze zo zag spartelen, dacht je: "Wat ben ik aan het doen? Dat ben ik, die deze mensen dit aandoet."¹³ Ook kreeg hij zijn bedenkingen over de passiviteit van het inrichtingsleven.

Toen hij in 1969 eerste verpleger werd op Conolly Boven kreeg Boersma de kans om veranderingen in gang te zetten. Zo besloot hij dat eens per maand de voltallige afdelingsbevolking in vergadering bijeen moest komen om over afdelingszaken te praten. Verder hield Boersma zich in deze periode bezig met het volgen van cursussen en opleidingen buiten de afdeling. 'De stafcursus [een cursus voor verpleegkundigen die het management in willen], die ik tezamen met een collega volgde, heeft ons de ogen opengedaan', zou hij in 1976 schrijven. Daar kwam hij in aanraking met allerlei moderne literatuur.¹⁴ Ook volgde Boersma samen met Muller, die eind jaren zestig op Conolly was komen werken,¹⁵ in 1970 de cursus 'Therapeutisch Milieu'. Die leverde hen veel nieuwe ideeën en literatuur. De cursus was specifiek bedoeld voor mensen die de therapeutische gemeenschapsgedachte wilden invoeren in de psychiatrische ziekenhuizen.

Invloedrijke literatuur op Conolly was onder andere het in 1969 verschenen proefschrift van psychiater Peter Bierenbroodspot, *De therapeutische gemeenschap en het traditionele ziekenhuis*. Met vijf drukken in acht jaar was dit boek een bestseller in de GGZ.¹⁶ Boersma en Muller waren zeer enthousiast over de principes van de therapeutische gemeenschap (ofwel 'TG'). Kernelement van de TG was de *patient-staff-meeting*, een dagelijkse vergadering van bewoners en personeelsleden waar de gang van zaken op de afdeling werd doorgesproken, mensen commentaar konden leveren op elkaars gedrag en waar op democratische wijze besluiten werden genomen over grote en kleine zaken, van kwesties als het weekendverlof van patiënten tot de organisatie van een volleybaltoernooi. Patiënten zouden in de TG een grote gedragsvrijheid moeten genieten en veel inspraak moeten krijgen. Ze werden gestimuleerd zelf verantwoordelijkheid te nemen; de principes van de TG keerden zich tegen betutteling van opgenomen mensen. Verder kreeg iedereen in principe dezelfde behandeling in een TG: groepsgewijze en psychoanalytisch georiënteerde vormen van psychotherapie, zoals groepstherapie of psychodrama. Het centrale idee achter de TG was dat mensen op de afdeling waar ze opgenomen waren, dezelfde gedragspatronen gingen vertonen als in hun thuissituatie en in de samenleving. Die gedragspatronen konden in de TG worden gesignaleerd, geanalyseerd en idealiter gemodificeerd. Binnen de groep konden patiënten, begeleid door sociotherapeuten, veilig experimenteren met nieuwe vormen van gedrag en emotionele expressie.

Ook de literatuur over de Engelse anti-autoritaire school Summerhill vond Boersma indertijd inspirerend. Summerhill was een school voor moeilijk opvoedbare kinderen, die in de jaren dertig van de twintigste eeuw was opgericht door de maatschappijkritische psychoanalyticus A.S. Neill.¹⁷ Die wilde kinderen niet al-

leen rationele kennis bieden, maar vooral ook emotionele kennis. Veel studenten, meende hij, wisten veel maar waren 'in hun kijk op het leven nog kinderen want zij hebben geleerd te *weten*, maar niet om te voelen.'¹⁸ En de mens, dacht Neill, is nooit echt vrij en zelfstandig als hij zichzelf niet leert kennen en zo vrij wordt van angst en van schuldgevoelens, die vooral de functie hebben om mensen aan autoriteiten te binden. Net als de therapeutische gemeenschap was ook Summerhill democratisch georganiseerd. Tijdens de wekelijkse schoolvergaderingen telde de stem van Neill evenzeer als die van een leerling. Ook in de drang om Conolly te hervormen, stonden de in het vorige hoofdstuk beschreven idealen van vrijheid, gelijkheid en openheid kortom centraal. Typerend voor het gelijkheidsideaal is dat de patiënten op Conolly begin jaren zeventig 'bewoners' gingen heten.

GEZINSTHERAPIE

Eind 1970 kwam ook een nieuwe psychiater werken op Conolly: Jan Prins. Deze 'stevig gebouwde, vrij lange man met een grijze volle snor en grijzend haar'¹⁹ was eigenlijk aangenomen door directeur Stein van Brinkgreven om hoofd te worden van de polikliniek. Aangezien er tijdelijk geen psychiater was op Conolly, werd hem echter gevraagd eerst hier voor korte tijd afdelingspsychiater te worden. De komst van Prins leidde tot de introductie van gezins- en relatietherapie op Conolly. Prins had namelijk in 1967 deelgenomen aan een cursus gezinsbehandeling, die door de Nederlandse overheid was georganiseerd, en was hier erg enthousiast over geraakt.²⁰ Midden jaren zestig was in ons land belangstelling ontstaan voor de 'gezinsbenadering'. In het voorjaar van 1965 organiseerde het ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk werk (CRM) hierover een seminar.²¹ Een van de sprekers was R.D. Laing.²²

Laing betoogde dat mensen de gezinspatronen uit hun jeugd, het 'gezinsdrama' zoals hij het noemde, internaliseerden en ook in hun volwassen leven vaak nog met zich meedroegen.²³ Laing wilde familiemythes ontkrachten en gezinnen 'de waarheid over zichzelf te laten ontdekken'.²⁴ Een uitgebreide cursus gezinstherapie werd vervolgens in 1967 vanuit het ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk georganiseerd. Van de ruim tweehonderd belangstellenden konden maar vijfentwintig de cursus volgen. Prins was een van deze gelukkigen. Na het volgen van de cursus had hij de gezinstherapie vervolgens in praktijk gebracht op het Medisch Opvoedkundig Bureau (MOB) in Den Haag.²⁵

Directeur Stein vond de gezinstherapeutische deskundigheid van Prins een waardevolle aanwinst voor het ziekenhuis. Het fietsenhok in de kelder van Conolly werd althans meteen omgebouwd tot ruimte voor gezinstherapie. Er kwamen een grotere en daarnaast een kleinere kamer, met daartussen een *one-way screen*: een spiegelwand waar men slechts van één kant doorheen kon kijken. De familie en therapeut konden zitting nemen in de grootste kamer, en vanuit het daarnaast gelegen kleinere kamertje konden de andere therapeuten het geheel observeren.

VERANTWOORDELIJKHEID

Prins, Muller en Boersma konden het goed met elkaar vinden. In de loop van 1970 en 1971 ontstond, in de woorden van Boersma, een 'gezamenlijk referentiekader'. Dit nieuwe referentiekader omschreven de drie als een 'sociaal model' van geestesziekte, dat zij contrasteerden met het 'medische model' dat gangbaar zou zijn in de geneeskunde en psychiatrie. Prins legde het als volgt uit: "De traditionele wijze van denken is: 'Pietje is gek ten gevolge van zijn ziekte'. Dit is veel gemakkelijker, zowel voor Pietje als voor zijn omgeving, gezin, burens en behandelaren. Pietje is niet verantwoordelijk voor zijn daden, het zijn de ziekelijke impulsen of gedachten die hem tot handelen brengen. [...] Ouders hebben dan ook geen "schuld". [...] Een ieder kan zijn handen in onschuld wassen.' In het sociaal model echter moest iedereen leren zijn eigen aandeel in het gedrag van anderen onder ogen te zien. 'De onderlinge beïnvloeding wordt onder de loep genomen', aldus Prins. De behandelaren mochten zich niet langer verschuilen achter een 'magische witte jas van de ingewijde in de geheimen'. Zij moesten zichzelf laten zien als 'mens in een situatie', en zich kwetsbaar durven opstellen. Ouders of echtgenotes moesten leren inzien dat ook hun gedrag van invloed was op het welzijn van hun kind of man. De 'patiënt' zelf ten slotte diende in te zien dat iedereen uiteindelijk 'zelf zijn leven gestalte geeft.'²⁶

Voor Muller was het sociale model een bevestiging van haar idee 'dat de behandeling van één persoon die psychisch ziek geworden was [...] meestal niet leidde tot wezenlijk herstel van de patiënt.'²⁷ Ieder mens, aldus Muller, 'leeft binnen een systeem. De communicaties die hierin bestaan beïnvloeden deze mens. [...] Wanneer de mens in zodanige moeilijkheden komt en/of wordt gebracht dat hij zich niet meer kan handhaven, is hij de signaalgever in een communicatiesysteem geworden. Hij wordt in het medisch-ziekte model tot de "zieke" gemaakt, zodat de anderen in het systeem de "gezonden" kunnen zijn.'²⁸ De zogenaamde patiënt, vond Muller, was geen zwakke of zieke persoon. Integendeel: hij was dapper genoeg om een signaal af te geven over de vastgelopen situatie in het gezin of huwelijk. Boersma verliet naar eigen zeggen door het sociaal model de traditionele rol van verpleegkundige als oppasser. 'We gingen steeds meer kiezen', schreef hij achteraf, 'de belangen van de bij ons opgenomen mensen te behartigen, in plaats van mee te werken aan een of ander onduidelijk opbergstelsel waar patiënten onder het mom van behandeling niet behandeld werden.'²⁹

Verantwoordelijkheid nemen was zodoende voor de toonaangevende hulpverleners op Conolly een essentieel ingrediënt in hun ideale 'sociaal model'. Het medisch model werd neergezet als één groot excuus, gebruikt door zowel bewoners, hulpverleners als familieleden, om diepgaande contacten te vermijden en te voorkomen dat men stappen zou moeten zetten om zichzelf of de eigen situatie te veranderen. Dit doekje voor het bloeden moest worden afgerukt; zachte heelmesters maakten stinkende wonden. Op den duur richtte de toedekkende aanpak van het medisch model alleen maar meer schade aan. Het sociale model bood niet

alleen een andere visie op ziekte, maar vooral ook een stimulans om eindelijk eens wat te gaan doen, te gaan behandelen – te genezen. Het betekende kortom een intensivering van de psychiatrische hulpverlening. Van alle 'partijen' werd meer verwacht. De bewoners en hun familieleden moesten het aandurven om hun gevoelens en onderlinge omgangsvormen onder de loop te nemen. Behandelaars moesten hun rol van alwetende deskundige los durven laten en zich als mens laten zien in de therapeutische relatie. De humanistische psychologie van Carl Rogers, die in de loop van de jaren zestig populair was geworden in ons land, was een belangrijke invloed op Conolly. Rogers pleitte ervoor dat hulpverleners hun maskers en valse façades zouden laten vallen.

Maatschappijkritiek was zeker aanwezig bij veel medewerkers van Conolly, maar stond niet op de voorgrond. In de woorden van arts-assistent Gradus van Florestein, die midden jaren zeventig op Conolly werkte tijdens zijn opleiding tot psychiater: 'Ikzelf ben ervan overtuigd dat er in deze maatschappij heel wat "ziekmakende" factoren aanwezig zijn, maar hier kan ik niets mee beginnen. [...] Het gaat erom hoe Piet ermee omgaat dat hij werkloos is. Ik heb geen zicht op de complexe factoren die een rol spelen bij het ontstaan en voortduren van zijn werkloosheid, laat staan dat ik zou weten hoe dit te veranderen.'³⁰ Op Conolly richtte men zich dus niet, zoals in de alternatieve hulpverlening, op het veranderen van de maatschappij door middel van verzetstherapie of sociale actie. Doel was hier veeleer om de bewoners en hun gezinsleden te 'veranderen' – een zeer veel gebruikt woord in de geselecteerde patiëntendossiers uit de steekproef.

LEREN 'HELIKOPTEREN'.

ENTHOUSIASME ONDER HET PERSONEEL

Vervolgens brachten Prins, Muller en Boersma de rest van het personeel op Conolly in contact met hun sociaal model. Toen hoofdbroeder Schilstra in 1971 met pensioen ging, werd Boersma hoofdverpleegkundige op Conolly. Dit gegeven, in combinatie met de komst van Prins als afdelingspsychiater, zorgde voor een cultuuromslag op de afdeling. Waarschijnlijk was Prins vanuit de ambulante sector al meer gewend aan multidisciplinaire samenwerking. Vrijwel meteen na aankomst begon Prins althans samen met Boersma en Muller gezinstherapieën te doen. Hij trad op als hun supervisor. Ook de ochtendbesprekingen op de afdeling werden veel uitgebreider en gezelliger. Traditioneel werden deze ochtendbesprekingen gehouden door alleen de afdelingspsychiater, de hoofdverpleegkundige, de psychologe en de eerste verpleegkundige. Aan de hand van de verpleegrapporten sprak men de patiënten door. Deze 'geheime bijeenkomsten, waar nogal verstoord werd gekeken als iemand binnenkwam, die niet tot de groep behoorde', gaven vooral 'goed aan, wie de baas was', aldus Boersma.³¹ In de loop van 1970 werd daarom besloten dat al het dienstdoend personeel bij de ochtendbespreking aanwezig moest zijn.

Verder begonnen Boersma, Prins en Muller met het geven van wekelijkse

'theoretische uurtjes', waaraan alle personeelsleden van Conolly indien gewenst deel konden nemen. Allerlei literatuur werd aangereikt: boeken van Laing, Fromm en Cooper; een door Boersma gemaakt uittreksel van het boek van Bierenbroodspot; literatuur van auteurs uit het Palo Alto Research Institute (zie hoofdstuk 2), zoals Watzlawick, Bateson en Haley; boeken van humanistisch psycholoog Rogers en publicaties van Amerikaanse gezinstherapeuten als Salvador Minuchin en Virginia Satir.³² Communicatie speelde een centrale rol in de theorievorming van onder anderen Watzlawick en Haley. Watzlawick onderscheidde verbale van non-verbale communicatie. De toon waarop dingen werden gezegd of de lichaamstaal van mensen waren minstens zo veelzeggend als de inhoud van hun woorden, dacht hij. Zo was ook schizofrenie volgens deze Amerikanen geen ongeneeslijke ziekte, maar 'de enig mogelijke reactie op een absurde en onhoudbare communicatieve context'.³³ Een andere centrale notie in het gedachtegoed van het Palo Alto Research Institute was het begrip ziekte winst, ofwel de idee dat ziektesymptomen een middel kunnen zijn waarmee mensen hun omgeving manipuleren.

Tijdens de wekelijkse onderwijsuurtjes werden dergelijke literatuur en ook films besproken, zoals video-opnames van gezinstherapieën van Minuchin. Ook mochten geïnteresseerde verpleegkundigen vanachter het *one-way screen* meekijken tijdens gezins- of echtpaartherapieën. Vanaf 1975 werden de gediplomeerde verpleegkundigen die vast op Conolly werkten zelfs een maand lang vrijgesteld van hun verpleegkundig werk om mee te lopen met Muller en Boersma. De nieuwe ideeën die ze zodoende kregen aangereikt, waren voor veel verpleegkundigen van Conolly een *eye-opener*. En zo werden ze ook gepresenteerd. In het boek *De pragmatische aspecten van menselijke communicatie* van Watzlawick staat een anekdote over de etholoog Konrad Lorenz. Die voerde ooit een experiment uit waarbij hij de moederrol overnam bij een groep jonge wees-eendjes. In zijn tuin sleepte hij zich in gehurkte houding over het gazon voort, daarbij een acht beschrijvend, kwakend en voortdurend over zijn schouder kijkend om te zien of de eendjes hem wel volgden. Plots keek hij op en zag aan het tuinhek een rij doodsbleke toeristen staan, die verbijsterd naar hem staarden. De jonge eenden waren verborgen in het hoge gras en al wat de toeristen zagen was volkomen onverklaarbaar, krankzinnig gedrag. Wanneer de toeristen de eenden wél hadden kunnen zien en aan Lorenz hadden gevraagd wat hij aan het doen was, zou hij daarentegen al snel weer volkomen normaal zijn gevonden. Naar analogie van dit voorbeeld kon men ook leren om anders naar geesteszieken kijken, meenden Watzlawick en zijn collega's. Als men zich fixeerde op het vreemde gedrag van een individu, dan lag de conclusie voor de hand dat iemand krankzinnig was. Plaatste men het rare gedrag echter in een sociale context dan werd al snel duidelijk dat het eigenlijk heel begrijpelijk was en dat er 'zin' school in de schijnbare waanzin.

Verpleegkundige Adriaan Wielhouwer ging naar eigen zeggen door dit soort literatuur 'een heel nieuwe dimensie zien van menselijk gedrag: de verborgen boodschappen die mensen elkaar gaven, de onderlinge verhoudingen, de rolpa-

tronen. Misschien, dachten we toen, zijn we beland bij de kern van de psychiatrie, namelijk de omgang tussen mensen. Een kern die we tot nu toe over het hoofd hadden gezien omdat we verkeerd keken en met oogkleppen op rondliepen.³⁴ Zijn collega Gert Timmermans werd eveneens gegrepen door de theorieën die hij op Conolly kreeg aangedragen. 'Ik herkende er enorm veel in, onder meer over mijn eigen gezinssituatie en de relatie met mijn vrouw', vertelde hij achteraf. Zijn vrouw kreeg af en toe flink genoeg van al zijn gepraat over relaties, aldus Timmermans.³⁵

Tussen de ideeën van kritische psychiaters als Laing en Cooper en het gedachtegoed van de Amerikaanse systeemtherapeuten uit het Palo Alto-instituut waren veel overeenkomsten. Er was dan ook sprake van wederzijdse beïnvloeding.³⁶ Een belangrijke gedeelde aanname van kritische psychiaters en systeemtherapeuten was de notie dat geestesziekte geen organische ziekte is, maar een begrijpelijke, zinvolle vorm van gedrag. De 'gestoorde' symptomen wezen dus niet op een onderliggende lichamelijke stoornis maar waren een strategie, een 'spel', en een vlucht uit een moeilijke of ongewenste situatie. Haley uitte zich in termen als 'wanneer de schizofreen zijn ziekte opgeeft en normaal wordt'³⁷ en schreef ook: 'Gewoonlijk zal het psychotische gedrag bij het kind verdwijnen als de ouders niet meer voortdurend bezig zijn hem te helpen en als ze hem niet meer gebruiken om het contact met elkaar uit de weg te gaan.'³⁸ Psychische symptomen waren niet zo gek als ze op het eerste gezicht leken, aldus gezinstherapeute Satir. 'Wat de maatschappij 'ziek', 'gek', 'stom' of 'slecht' gedrag noemt, is in feite een poging van de kant van het zieke individu om de aanwezigheid van moeilijkheden te laten merken en tevens een roep om hulp', schreef zij.³⁹ Ook wat betreft de kritiek op het medisch model, de kritiek op de maatschappelijke uitstoting van devianten individuen, de nadruk op interactionele processen, en de visie op de psychose als mogelijke groei-ervaring komen de noties van de Californiërs overeen met die van auteurs die tot 'antipsychiater' bestempeld werden. Zo schreven Jackson en Watzlawick begin jaren zestig al dat sommige vormen van psychose beschouwd konden worden als mogelijke 'leerervaring'.⁴⁰

Werk en privé raakten voor veel hulpverleners op Conolly verweven, door middel van de nieuwe literatuur die hoorde bij het sociale model. Bij Boersma haalde de gezinstherapie naar eigen zeggen veel persoonlijke emoties naar boven. 'Ik kan ook wel zeggen', schreef hij achteraf, 'dat dingen waarop ik het meest inging bij families en echtparen ook de dingen waren waar ik zelf op dat moment mee bezig was.'⁴¹ Zelf kwam Boersma uit een socialistisch gezin. Het dogmatische karakter van het verzuilde model stond hem tegen. Boersma: 'Dat oude socialistische van: je bent lid van de PvdA, je bent VARA-lid. Mijn ouders waren ook heel erg van de blauwe knoop, ze dronken niet.' Zelf koos hij voor een meer liberale levenshouding. Hij zette gasten bijvoorbeeld indien gewenst wijn voor. 'We hebben thuis wel ruzie gehad om dit soort dingen', herinnerde hij zich. 'Dat zwart-wit denken van vroeger.'

Voor verpleegkundige Bunt werden de bewoners plotseling veel meer invoel-

baar door de systeemtherapeutische invalshoek. 'Op zich heb ik een gelukkige jeugd gehad', vertelde Bunt. 'Maar ik ben toch vroeg de deur uitgegaan. Ik vond het thuis verstikkend. Dat ging ik beseffen door wat ik op Conolly leerde en ook door de *sensitivity-trainingen* waar ik in die tijd naartoe ging. Daardoor vond ik het voorstelbaar dat ook ik gek had kunnen worden. Het is in het leven balanceren op het scherpst van de snede en er is maar een heel klein beetje voor nodig om gek te worden.'⁴² Zijn collega Mars was indertijd ook bezig met een losmakingsproces van haar jeugd. Toen ze midden jaren zeventig overspannen raakte, ging ze in therapie bij Muller. Dat deden volgens haar wel meer hulpverleners van Conolly. Mars: 'Riet veroordeelde niet, ze stigmatiseerde niet – ze maakte je vrij. Ik ben zelf opgevoed als katholiek meisje. Dat bracht veel schuldgevoel met zich mee, ik had vaak het gevoel dat ik iets fout had gedaan. Riet gaf me nooit dat gevoel. Ze zei hooguit: dit of dat zou je wat handiger aan kunnen pakken. Ze leerde me "helikopteren": boven mezelf hangen en kijken: waar steek ik eigenlijk mijn energie in in dit leven? En wil ik dat wel zo?'

Net als bij sommige journalisten en leden van de *Gekkenkrant* waren ook op Conolly kortom de persoonlijke emancipatie en het verlangen om de psychiatrische hulpverlening te hervormen kortom met elkaar verweven. Het bezig zijn met de eigen psychische problemen en het losmakingsproces van de eigen achtergrond leidde ertoe dat de identificatie met bewoners toenam. Soms werden die zelfs ronduit op een voetstuk gezet, bijvoorbeeld door arts-assistent Van Florestein, die van december 1974 tot augustus 1976 op Conolly werkte. Van Florestein was zo enthousiast over de aanpak daar dat hij er zowel zijn co-schap psychiatrie liep als zijn stage inrichtingspsychiatrie, die onderdeel was van de opleiding tot psychiater. Van Florestein betoogde dat de bewoners van Conolly 'veel bewuster leven, veel "echter" zijn, veel meer bestaan dan de meeste van de mensen die ik privé ken. Zoveel mensen die ik privé ken slapen voor mijn gevoel, dag en nacht, doen alles automatisch, zijn niet wakker, kiezen hiervoor om zichzelf te kunnen handhaven.'⁴³

De systeembenadering bood bovendien welkome nieuwe therapeutische hoop. Wielhouwer kon zich nog herinneren hoe weinig hoopvol de sfeer was tijdens de jaren zestig. Hij vertelde: 'Af en toe nam de hoofdbroeder of eerste verpleegkundige iemand mee naar de kelder voor een gesprekje, maar de sfeer was in mijn herinnering tamelijk defaitistisch. Zo staat me bij dat een broeder ooit na een gesprek in de kelder over een patiënt zei: "Ach, als er water in zit, dan zal er nooit wijn uitkomen". Dat zal ik nooit vergeten.' Verpleegkundige Guus Palm bespiegelde naderhand dat de systeembenadering voornamelijk was gebaseerd op aannames, maar dat het succes ervan samenhang met het gebrek aan alternatieven. Er waren alleen psychofarmaca, waarvan de bijwerkingen volgens hem vaak de werking overtroffen. Door de psychotherapeutische benadering ontstond bovendien meer contact met bewoners.

Veel personeelsleden op Conolly waren blij met het niet-fysieke karakter van de nieuwe benadering. Het was nog maar kort geleden dat men werkte met de

elektroshocktherapie en praten leek prettiger en humaner. Ook verpleegkundigen die later in de jaren zeventig zeer kritisch zouden worden over de gang van zaken op Conolly waren begin jaren zeventig nog gematigd positief over de nieuwe koers, zoals bijvoorbeeld Van der Woude. Zoals eerder al aan bod kwam, juichte hij het bevorderen van meer openheid en contact tussen verpleegkundigen en bewoners, en tussen bewoners onderling, van harte toe. Zo stond hij positief tegenover de groepstherapie die vanaf begin jaren zeventig gegeven werd op de afdeling, in een aparte 'jongerengroep' en een 'ouderengroep'.

3.2 Het dagelijks leven in de therapeutische gemeenschap

In een boek dat Prins, Muller, Boersma en enkele anderen in 1976 schreven over de ontwikkelingen op Conolly vanaf 1969, beschrijft psychiater Jan Prins hoe de afdeling er bij zijn aankomst in 1970 uitzag. De dag begon met een ochtendbespreking van de afdelingspsychiater, de psycholoog en de hoofdverpleegkundige, in de kamer van de psychiater. Hun gegevens, aldus Prins, 'voerden tot een behandeling waarbij de nadruk viel op de medicatie.'⁴⁴ Na de bespreking 'ging iedereen zijns weegs: de dokter gaat opbellen, administreren, handtekeningen zetten en hopen dat de verpleging zal gaan uitvoeren wat hen door hem is opgedragen. De psycholoog verlaat vóór de verpleegkundige de kamer (in verband met de hiërarchische verschillen) en gaat op zijn rustig gelegen kamer testen, zeven uur lang. De hoofdverpleegkundige gaat zijn onderhorigen instrueren ten aanzien van verstrekking van medicatie, zorg voor de bedden en voor het opdienen en doen verorberen van de maaltijden'

Prins vervolgde: 'Laten wij nu eens bekijken wat er gebeurt als de dokter op de afdeling komt. Vrijwel onmiddellijk staat er een patiënt voor of achter hem, die verbaal of lichamelijk iets van hem wil. Afhankelijk van zijn aard, kunde, ervaring en vermogen om de verpleging bevrijdend te doen ingrijpen – men kwam trouwens al aangezet om de dokter te ontlasten – zal hij meer of minder zeggen of doen, meestal in afwerende zin, want zijn tijd is kostbaar en nauwgezet ingedeeld. Het plafond trilt en dreunt, want op de bovenafdeling zijn enkele chronische agressievelingen weer aan de gang en hoofdschuddend kan de dokter nog de verpleegkundige, die de deur voor hem openmaakte en de doorgang tracht vrij te houden, opdragen hem eraan te herinneren de medicatie van X toch nog eens te herzien. Naar boven gaat hij nu maar niet, want de sfeer is daar vrijwel constant dreigend en hoogzwanger van agressie. Vanmiddag of morgen maar eens: gelukkig dat er zulke sterke verplegers bestaan. Hopelijk komt er gauw een nieuwe kamer voor hem, zodat hij niet over de afdeling hoeft op weg naar een vergadering of maaltijd.'⁴⁵

Na deze bijtende beschrijving van het 'oude' klimaat schetste Prins een rooskleurig beeld van Conolly in 1973. 's Morgens startte men de dag niet met een rapportbespreking in het heilige der heiligen, de kamer van de psychiater, maar in

de conversatiezaal. Aanwezig waren de bewoners, alle (leerling-)verpleegkundigen, een vertegenwoordiger van de arbeidstherapie, een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, de psychologe en in principe de afdelingspsychiater. De psychiater hield zich zoveel mogelijk op de achtergrond. Het doel was om de patiënt te laten weten welke indruk hij had gemaakt op anderen en om hem 'te laten groeien in wisselwerking met zijn omgeving.'⁴⁶ Overdag was er in 1973, naast arbeids- en creatieve therapie, nu ook groepstherapie. Bovendien, in de woorden van Prins, 'vindt er een belangrijke therapeutische benadering plaats door alle (leerling-)verpleegkundigen. Zich emotioneel uiten wordt aangespoord. De aansporing doet de emotie meestal meteen verdwijnen. Een woede-uiting waarvoor men uitdrukkelijk toestemming krijgt verliest vrijwel iedere charme. Zo is het bijvoorbeeld gelukt een van vroeger bekende objectenvernier gedurende 6 maanden slechts twee tafels te laten versplinteren, en wel de eerste dag; hem werd, toen hij klaar was met zijn eerste meubelstuk direct en vriendelijk een tweede tafel aangereikt waarvan slechts één poot werd verwijderd; met een verveeld gezicht.'⁴⁷

Inderdaad waren na het vertrek van hoofdverpleegkundige Schilstra in 1971 veel veranderingen doorgevoerd. Allereerst werden de zogenaamde Open Rapporten ingevoerd: tweewekelijkse bijeenkomsten van personeel en bewoners. De groep afdelingsbewoners van Conolly Boven en Conolly Beneden werden in tweeën gedeeld, in een 'maandag-donderdag groep' en een 'dinsdag-vrijdag-groep', zodat er voldoende tijd was voor iedereen. Iedere groep bestond uit iets meer dan tien man. Tijdens deze 'OR's' moesten de bewoners voorlezen wat de verpleging over hen had opgeschreven in hun dossiers. De benaming 'open rapporten' kwam van dit voorlezen van de verpleegrapportages. Die rapportages kregen zodoende 'de functie van praatpapier om tot samenspraak te komen met de bewoner', aldus Bunt.⁴⁸ Medebewoners konden elkaar tijdens de OR's aanspreken op elkaars gedrag. Ook verpleegkundigen stelden zich door de OR's kwetsbaar op, vond men op Conolly. De bewoners konden immers commentaar leveren op hetgeen over hen was opgeschreven, bijvoorbeeld door te stellen dat de verpleging zijn gedrag of stemming helemaal verkeerd had geïnterpreteerd. Volgens de student psychologie Peter Spruit, die enkele maanden stage liep op Conolly, leidde het voorlezen van de verpleegkundige rapportages in de praktijk echter vooral tot het geven van 'kleine therapietjes' aan individuele bewoners, waarbij het er volgens Spruit hard aan toe kon gaan.⁴⁹

Openheid, het achterliggende ideaal van deze OR's, was volgens de vernieuwingsgezinde medewerkers van Conolly essentieel voor het vertrouwen tussen behandelaars en bewoners. Ook wilde men door de OR's een einde maken aan het voortdurende onderhandelen tussen verpleegkundigen en bewoners over 'vrijheden', zoals vrij wandelen of weekendverlof. Voortaan maakte men alle afspraken tijdens de OR's. Buiten deze bijeenkomsten om mochten de bewoners de verpleegkundigen, Prins of Muller hierover niet aanspreken. Wie tijdens een OR een verzoek niet had verwoord, uit dufheid, vergeetachtigheid of verlegenheid, moest gewoon een paar dagen wachten. Het beleid van de afdeling wat betreft het ma-

ken van afspraken zou op die manier helder en doorzichtig worden, hoopte men.

Verder werd het begin jaren zeventig gebruik op Conolly om verpleegkundigen te tutoyeren en bij de voornaam te noemen. Voorheen werden verpleegkundigen aangesproken met 'Broeder' of 'Zuster'. Waarschijnlijk was de kledij op Conolly Boven, waar een meer chronische groep patiënten verbleef, al wat eerder informeel geworden dan 'beneden'- net als het uiterlijk van de afdeling. Samen met de patiënten waren de muren van Boven beschilderd. Bunt kan zich een gigantische landschapschildering herinneren, Mars een oranje en een paarse muur en een blauw plafond met witte wolkjes. Wielhouwer – die Boersma in 1971 opvolgde als eerste verpleegkundige op Conolly Boven, toen Boersma hoofdverpleegkundige van heel Conolly werd – bouwde in de huiskamer zelfs een grote volière, met onderin een groep kwartels. Conolly Boven was al met al gezelliger ingericht dan beneden. Muziek was een belangrijke factor. Bunt was hier erg mee bezig, en er werden veel platen gedraaid, van Zappa en de Grateful Dead tot en met jazz en blues. Ook stond er een piano. Uit de dossiers van Conolly blijkt dat patiënten van beneden regelmatig naar boven gingen om daar muziek te luisteren. Op Conolly Beneden probeerde men bewust te voorkomen dat het te gezellig werd, aldus Boersma. Muller en hijzelf hadden zich de waarschuwing ter harte genomen van de overheidsambtenaar Dekker, die eind jaren zestig waarschuwde voor 'hippiehospitalisatie' binnen therapeutische gemeenschappen, waar bewoners dreigden te worden ingesponnen in 'een lieve doch onwerkelijke situatie.'⁵⁰ Op Conolly vond men het vooral belangrijk dat de bewoners geconfronteerd werden met de vragen, in de woorden van Boersma: 'Waarom ben je hier en wat ben je van plan daaraan te doen?'

Ook de therapiedwang verminderde. Mensen konden nog wel naar de arbeidstherapie gaan, maar de vroege dienst stuurde niet langer iedereen standaard naar therapie. 'De bewoners werden nog wel wakker gemaakt maar als ze wilden blijven liggen, lieten we ze gewoon liggen', aldus Boersma. 'Met de opmerking erbij dat ze er zelf voor kozen en dat het hun eigen verantwoordelijkheid was en dat het ons niets uitmaakte.' Vanaf het moment dat deze aanpak gebruik werd, hoefden de verpleegkundigen tot hun opluchting niet langer de vervelende conflicten aan te gaan met bewoners over het opstaan. Het traditionele inrichtingsleven verdween echter zeker niet geheel. Onderin de kelder van de paviljoens, ook op Conolly, bleven de arbeidstherapieën doordraaien. Pitrietmanden werden nog steeds gevlochten en de tuinploeg bleef bestaan. Ook namen bewoners van Conolly nog altijd deel aan sportactiviteiten, zoals het voetbalteam van Brinkgreven. Maar de verplichtingen verminderden en werken werd veel minder vanzelfsprekend.⁵¹

REGELMAAT ALS ONTSNAPPING

De veranderende mentaliteit op Conolly blijkt duidelijk uit het dossier van een jongen die graag 'een soort regelmatige dagtaak' wilde. Hij vroeg aan de verpleging aan welke therapie hij zou kunnen deelnemen. Ook vroeg hij om slaapmedi-

catie en overplaatsing naar een rustiger slaapzaal, want hij sliep zo slecht. Hij kreeg als antwoord van een verpleegster: 'Misschien is het beter om eerst eens de tijd te nemen voor jezelf bezig te gaan, wat en hoe je precies verder wilt, dan direct al met een regelmatig werk-rust-en slaapprogramma te beginnen. Misschien kan je voor jezelf opschrijven wat er al zo in je omgaat.'⁵² Een regelmatig dagpatroon beschouwde men op Conolly als afleidingsmanoeuvre, als vlucht van emoties die juist blootgelegd moesten worden. Tegen een bewoner die zich verveelde op Conolly, werd gezegd: 'Mag pas naar de therapie als hij bezig is geweest, met z'n gevoelens hoe hij tegenover zichzelf en tegenover andere mensen staat omdat hij denkt dat alles waar is wat hij zegt en zo maar over alles heen walst.'⁵³

Op het gebied van de hygiëne voerden de medewerkers revolutionaire veranderingen door. Het schoonhouden van zichzelf en de afdeling werd bestempeld tot de eigen verantwoordelijkheid van de bewoners. Douchen gebeurde niet meer op vaste dagen. Als iemand al te erg ging stinken, begonnen de verpleegkundigen of medebewoners er vanzelf opmerkingen over te maken, of kaartte iemand het aan tijdens het Open Rapport. Dan hoopte men dat de persoon in kwestie er, onder druk van de groep, voor zou kiezen zichzelf beter te verzorgen – geheel volgens het principe van de corrigerende werking van de groep, een van de pijlers van de therapeutische gemeenschap zoals die door Bierenbroodspot was beschreven. Verder stopten de verpleegkundigen van de ene op de andere dag met het schoonhouden van de afdeling. Ze hingen een corveerooster op waar de bewoners zich voortaan aan moesten houden. Dat ging niet zonder slag of stoot. De afdeling vervuilde in rap tempo. Timmermans maakte het mee: 'Het werd een strijd. De bewoners snaptten er natuurlijk niks van, waarom wij opeens ons werk niet meer deden, zoals zij dat zagen. En veel familieleden begrepen het evenmin. Die kwamen op de afdeling en schrokken zich rot. Tijdens de Open Rapporten legden wij de bewoners dan steeds weer uit, waarom we niet meer schoonmaakten. Dat wij geen hotelpersoneel waren. En op een gegeven moment ging het corvee wel aardig lopen. Mensen werden het toch beu om in een beestenbende te wonen.'

Ouderwets netjes werd het echter nooit meer op Conolly. Niet alle bewoners namen even actief deel aan het corvee. Eén bewoner was 'kwaad dat slechts enkele mensen korvee doen omdat de rest het vertikt.'⁵⁴ De verpleging greep alleen in wanneer er sprake was van verrotting of schimmel, of wanneer de situatie voor medebewoners echt hinderlijk werd. Verder hing men het principe aan: 'Als iemand dat zo wil, waarom zouden wij ons er dan mee bemoeien?'⁵⁵ Naast meer verantwoordelijkheden kregen de bewoners ook meer vrijheden – geheel in de geest van de therapeutische gemeenschap, die 'permissiviteit' voorschreef.

Zo veranderde de omgang met seksualiteit. Het onderwerp werd allereerst meer bespreekbaar gemaakt. Mensen van de NVSH (Nederlandse Vereniging voor Seksuele Hervorming) kwamen voorlichting geven over seks en voorbehoedsmiddelen. Mars: 'Er werd normaler gedaan over seks en over masturbatie van bewoners.' Indertijd bestond er een radioprogramma van de VPRO getiteld 'Germaine Sans Gène'. Daar luisterden volgens Mars veel personeelsleden van Conolly.

ly naar. Mensen konden *live* naar Germaine opbellen en dan werden hun vragen over seks beantwoord. Als een bewoner van Conolly een relatie kreeg met een vrouw die was opgenomen op een andere afdeling werd dat ook niet meer zo actief tegengegaan als voorheen het gebruik was. Zelfs niet als een van de betrokkenen getrouwd was. Het uitgangspunt was dat Conolly een behandelinstituut was waar mensen moesten leren om te gaan met zichzelf, inclusief hun seksuele neigingen.⁵⁶ Ook tijdens de relatietherapieën kwam de seksuele relatie tussen opgenomen mannen en hun echtgenotes aan de orde. In de echtpaargesprekken die werden gevoerd met Gijs, een man die leidde aan agressieve angstaanvallen, en zijn vrouw, kwam hun seksleven bijvoorbeeld aan bod.⁵⁷ De vrouw wilde niet meer met haar man naar bed; Gijs wilde echter nog wel graag. 'Samen hebben wij geprobeerd hier verandering in aan te brengen', schreef Muller in de ontslagbrief. Tijdens de Open Rapport-vergaderingen probeerde men Gijs aan te sporen om tijdens weekendverloven zijn vrouw te verleiden. 'Voorstel dat hij de leiding neemt om met zijn vrouw te vrijen', aldus een verslag van een Open Rapport-vergadering. Gijs ging hier echter niet op in. Tijdens een volgende OR werd opgemerkt: 'Heeft niet met zijn vrouw over het vrijen gesproken. Volgens Gijs is zijn vrouw te oud hiervoor.'

Ook wat betreft drankgebruik nam de nadruk op de eigen verantwoordelijkheid toe. In de dossiers stond regelmatig te lezen dat mensen flink aangeschoten op de afdeling kwamen 's avonds, na een bezoek aan een café in Deventer of aan het sociaal contactcentrum op het inrichtingsterrein, waar vanaf de jaren zeventig ook alcohol werd geschonken. Ook voor hun nachtrust werden mensen zelf verantwoordelijk gemaakt. De bewoners hoorden om elf uur 'binnen' te zijn, maar hoefden blijkbaar niet langer verplicht op tijd naar bed. Wie tot diep in de nacht in de woonkamer wilde blijven kletsen of televisie kijken, blijkt uit de dossiers, was hierin grotendeels vrij; mits hij de andere bewoners niet uit hun slaap hield.

Het dagelijks leven veranderde zodoende ingrijpend op Conolly. Verpleegkundigen namen afstand van hun rol als verzorger en traden in de nieuwe rol van behandelaar. Ze wilden af van de nadruk op het handhaven van structuur, orde en hygiëne, om meer aandacht te kunnen besteden aan het aanleren van de eigen verantwoordelijkheid bij de bewoners. In de dossiers van Conolly viel regelmatig te lezen dat de verpleegkundigen vooral niet beschouwd wensten te worden als veredelde bedienden. De volgende misprijzende opmerking die tegen een bewoner werd gemaakt, is typerend: 'Ik krijg het gevoel dat je Conolly als een hotel ziet waar dan toevallig verpleegkundigen, een psycholoog en een arts aan verbonden zijn.'⁵⁸ Verpleegkundigen wilden meebehandelen en niet langer functioneren als bedienend personeel.

3.3 'Piet' en het behandelklimaat

In hoeverre veranderde ook de behandelpraktijk? Deze vraag staat centraal in de komende paragrafen en wordt voor zover mogelijk beantwoord aan de hand van informatie uit interviews met ex-medewerkers van Conolly, en op basis van een kwalitatieve analyse van vijftig geselecteerde patiëntendossiers van mensen die opgenomen werden op Conolly in de periode 1969-1979.⁵⁹ De steekproef die is genomen uit de dossiers is uiteraard slechts beperkt representatief. In de tien jaar die de geselecteerde dossiers beslaan werden naar schatting zo'n 1200 mannen opgenomen op Conolly.⁶⁰ De mannen uit de dossiers vormen dus nog geen vijf procent hiervan. De informatie uit de dossiers zal daarom voornamelijk kwalitatief worden geanalyseerd. Toch zijn enkele kwantitatieve gegevens interessant om te vermelden, omdat ze een indruk bieden van het type bewoner op Conolly.⁶¹

Allereerst verbleef het grootste deel van de mannen uit de steekproef niet erg lang op Conolly. Negentien van hen woonden er korter dan een maand. Zestien mannen waren tussen de een en drie maanden op Conolly. Zes verbleven tussen de drie en zes maanden op de afdeling, vier tussen de zes en twaalf maanden, en nog eens vier zater er langer dan een jaar. De gemiddelde leeftijd van de mannen uit de steekproef was vierendertig jaar. De jongste bewoner was negentien, de oudste zestig jaar. Doorgaans waren ze werkzaam in laaggeschoolde beroepen als fabrieksarbeider, huisschilder, bouwvakker of vrachtwagenchauffeur. Ook waren er een directeur van een koelkastenfabriek, vier studenten en een boekhouder onder de opgenomen mensen uit de steekproef. Bijna de helft van de mensen uit de steekproef was nooit eerder opgenomen geweest. Negen van hen hadden wel eerdere contacten gehad met de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Achttien mannen hadden al een opname elders achter de rug voor ze op Conolly kwamen. Tien personen waren reeds twee keer of meer opgenomen geweest.

De dossiers bevestigen de indruk die al uit andere bronnen naar voren kwam, dat de periode tussen 1971 en 1973 een overgangperiode vormde wat betreft de structuur van het dagelijks leven en het behandelklimaat op Conolly. Het 'nieuwe' klimaat was midden jaren zeventig op een hoogtepunt. Een treffende illustratie van de veranderingen vormt het dossier van een 28-jarige ongehuwde metselaar, die in 1970 werd opgenomen.⁶² Dat de cultuuromslag nog moet komen, blijkt duidelijk uit het dossier. De dagelijkse verslaggeving door verpleegkundigen is nog zeer summier en de behandeling bestaat grotendeels uit de traditionele combinatie van medicijnen en arbeidstherapie. De verpleegkundige die verslag doet van de 'intake' schrijft dat de opgenomen man, die we Piet zullen noemen, een 'pyknisch/atletische' lichaamsbouw had. Deze observatie doet gedateerd aan: de termen pyknisch (kort en gedrongen) en atletisch zijn afkomstig uit de diagnostiek van de Duitse psychiater Kretschmer, die tijdens het Interbellum verbanden probeerde te leggen tussen lichaamsbouw en geestesziekte.

Piet was vóór zijn opname al een jaar overspannen geweest. Hij sliep slecht en ging zich steeds vreemder gedragen. Hij liep bij wildvreemden de tuin in, ging in

hun ligstoelen liggen, liep schreeuwend rond, sloeg meisjes op hun billen en greep ze in hun kruis. Hij werd op Conolly behandeld met antipsychotica. Piets moeder kwam een keer praten met de afdelingspsychiater. Piet volgde verder bewegingstherapie en creatieve therapie, en werkte op de boekbinderij. Gaandeweg breidden zijn 'vrijheden' zich uit tot wandelen in Deventer en weekendverloven. Hij werd ontslagen toen een baan voor hem was gevonden bij een bedrijf in de buurt van zijn ouderlijk huis, waar hij nog woonde. De diagnose die hij kreeg luidde 'sociopathie'.

Bij zijn tweede opname in 1971, 'in drukke maniacale toestand', veranderde die diagnose in 'losmakingsproblematiek van ouders'. De invloed van het sociaal model deed zich duidelijk gelden. Zo probeerde men gezinstherapie op te starten met het gezin van Piet. Er kwam echter niemand opdagen. Verder ging de man overigens weer gewoon naar de boekbinderij en kreeg hij zijn gebruikelijke medicatie. De opname duurde opvallend lang, bijna twee jaar. Hij ging pas met ontslag toen hij, met behulp van Conolly, een kosthuis had gevonden. De lange opname lijkt gericht op het zelfstandig maken van Piet van zijn ouders, gezien de diagnose die men hem gaf en gezien het feit dat men hem pas ontsloeg toen hij een eigen woning had gevonden.

Het zelfstandige leven beviel Piet echter niet. In 1974 kwam hij althans zelf vragen om weer opgenomen te mogen worden. Opvallend is dat tijdens deze derde opname de verpleegkundige rapportages aanmerkelijk uitgebreider waren geworden en bovendien veel therapeutischer van toon waren dan voorheen. Typerend is dat verpleegkundigen in 1970 hun naam nog niet in de kantlijn zetten bij hun dagelijkse dossier-aantekeningen, en zeker niet hun voornaam; hooguit staat er een enkele keer Br. (Broeder) Zus of Zo. Het vermelden van voornamen door verpleegkundigen bij hun rapportages werd echter in de loop van 1972 gebruikelijk. En waar de rapportages zich voordien beperkten tot neutrale observaties over de bezigheden en het gedrag van de patiënt, worden ze na 1972 veel subjectiever. De verslagen zijn dan direct tegen de bewoner gericht, vanwege het feit dat deze de rapportages zelf voor moest lezen tijdens de Open Rapporten.

'Ik heb vanmorgen een poosje met Piet gepraat en gezegd dat ik vind dat hij beter z'n best kan doen om wat rustiger te zijn. Vanmiddag heeft hij dit ook echt goed geprobeerd, dat vond ik erg fijn Piet!', schreef een verpleegkundige bijvoorbeeld. Vaker ergerde men zich aan Piets gedrag. Hij praatte door anderen heen, luisterde niet als er wat tegen hem werd gezegd, hitste medebewoners op en gebruikte 'smerige woorden bij de vleet'. Sommigen probeerden dit gedrag paradoxaal aan te pakken: 'Ga zo door Piet, in al deze dingen ben jij een reuze kei. Je doet het prima zo!' Anderen probeerden Piet tot zelfinzicht te brengen door zijn gedrag te bestempelen als afweermecanisme: 'Piet gaat zodanig met andere mensen om, dat ze allemaal kwaad op hem worden. Mogen we jou niet aardig vinden, Piet?', schreef een verpleegster. Een collega die een enerverende middag met Piet had doorgebracht in de stad, schreef: 'Je zou best met Piet uit kunnen gaan, als hij zou aanleren op het goede moment zich wat af te remmen. Maar ja misschien

vind jij het ook wel fijn deze rol, waarin je nu zit, verder te spelen. Je kunt je zo heerlijk uitleven en het mag bijna allemaal en als het niet mag dan ben je toch gek Piet of niet?⁶³

De hele opname lang werd Piet gestimuleerd om 'aan zichzelf te werken', door op te schrijven wat hij wilde op Conolly en waarom hij er eigenlijk was. Af en toe had hij een gesprek met Boersma en Muller. Ook zijn ouders kwamen een heel enkele keer praten in de kelder. Verder deed Piet mee aan de groepstherapie. Maar het zette allemaal blijkbaar weinig zoden aan de dijk. 'Is nog niets veranderd', schreef een verpleger moedeloos. 'Zag er onverzorgd uit, liep met afgerukte bloemen over het terrein. Piet wil geloof ik ook niet veranderen.' Uiteindelijk werd Piet medio jaren zeventig op lithium ingesteld, een succesvol medicijn tegen stemmingsstoornissen dat in 1949 al was ontdekt, maar pas in de jaren zeventig op grote schaal in gebruik werd genomen. Veel hielp dit blijkbaar ook niet. Piet werd 'draaideurpatiënt'. Tussen 1970 en 1987 werd hij in totaal twaalf keer op Brinkgreven opgenomen. Na 1975 echter niet meer op Conolly. Men liep daar dood op Piets 'onwil' om te veranderen. Hij werd eind 1975 overgeplaatst naar de vervolgfafdeling Griesinger.

'KARAKTERNEUROSEN' EN 'LOSMAKINGS- PROBLEMATIEK': DIAGNOSTIEK OP CONOLLY

Het dossier van Piet is in veel opzichten kenmerkend voor de andere dossiers uit de steekproef. Niet alleen in het dossier van Piet, maar in alle dossiers uit de steekproef ging de verpleegkundige rapportage bovendien een veel grotere rol spelen dan voorheen. Ook werden de verslagen veel therapeutischer. Ook het soort diagnoses bijvoorbeeld dat Piet kreeg, 'karakterneurose' en 'losmakingsproblematiek van de ouders', werd veelvuldig gesteld tussen 1972 en 1978. Met name de diagnose 'karakterneurose' was populair op Conolly, al dan niet aangevuld met de toevoeging 'huwelijksproblematiek', 'losmakingsproblematiek' of 'identiteitsproblematiek'. De term karakterneurose is afkomstig van Wilhelm Reich, een van de meest rebelse Freudianen, bij het grote publiek bekend vanwege zijn boek de *Sexuele Revolutie* uit 1936. De maatschappij, meende Reich, onderdrukte de natuurlijke behoeften van mensen te veel. Dat vormde het menselijk karakter: als gevolg van de antilibidinale, anti-emotionele westerse cultuur zaten mensen verborgen achter 'karakterpanters', meende Reich. Die panters zorgden voor veel eenzaamheid en angst, en een gebrek aan spontaniteit en solidariteit onder de mensen.⁶⁴ Een goede analytische behandeling moest zich volgens hem op het hele karakter richten. Liefst zou natuurlijk de hele samenleving moeten veranderen. Het door Reich uitgewerkte concept van de karakterneurose werd opgenomen in het Amerikaanse *Diagnostic and Statistical Manual II*, dat in 1968 verscheen.

De dossiers uit de periode tussen 1969 en 1972 gaven meer klassieke diagnoses te zien, zoals 'paranoïde schizofrenie', 'depressie' of 'acute desintegratie bij debilitas'.⁶⁵ Wel viel op dat ook in deze periode al vaak wordt gesproken van 'psychoge-

ne' aandoeningen, zoals de 'psychogene psychose'.⁶⁶ Psychodynamisch denken was blijkbaar reeds in zwang. Tussen 1973 en 1978 echter kwamen diagnoses als schizofrenie en depressie nauwelijks meer voor in de dossiers uit de steekproef, al vertoonden veel patiënten symptomen die een dergelijke diagnose wel rechtvaardigden.⁶⁷ Diagnostiek werd op Conolly overigens weinig belangrijk gevonden – men was er zelfs tegen. Een diagnose stigmatiseerde mensen en stimuleerde hen om zich in de patiëntenrol te nestelen. Een diagnose weerhield anderen er bovendien van om een onbevooroordeelde blik op de 'geëtiketteerde' persoon te werpen. Maar er moest toch iets worden ingevuld op de inlichtingenformulieren in de dossiers, op de correspondentie met huisartsen en gerechtelijke instanties, en op de ontslagbrieven. Het amorfe begrip karakterneurose, dat suggereerde dat de patiënten niet leden aan een biologisch of erfelijk bepaalde ziekte maar aan een door de omstandigheden veroorzaakt groeibelemerend gedragspatroon, was blijkbaar welkom.

Dat men op Conolly de klassiek-psychiatrische diagnoses vermeed, blijkt bijvoorbeeld uit meerdere gevallen uit de steekproef van mensen die symptomen hadden die wezen op een zware of zelfs psychotische depressie, maar de diagnose karakterneurose kregen.⁶⁸ Zoals in het geval van een man die in 1975 werd opgenomen. Hij zat sinds een jaar in de WAO. Hij sliep slecht, had nergens meer zin in en had een zelfmoordpoging gedaan.⁶⁹ Ook vertoonde hij agressief gedrag tegen vrouw en kinderen. Iemand anders, een man genaamd Bob, werd in 1977 binnengebracht nadat hij zich met de riem van zijn kamerjas had geprobeerd op te hangen. Bob had meerdere zelfmoordpogingen achter de rug en vertelde dat alles zwart voor hem was en dat hij nergens zin in had. Ook vond hij zichzelf een enorme mislukking. Verder dacht Bob dat zijn collega's op het werk jaloers op hem waren. Hij meende echter ook dat iedereen aan hem kon zien dat hij al eens eerder opgenomen was geweest in de psychiatrie. Tijdens zijn opname lag hij veel op bed en at hij weinig.

De hulpverleners op Conolly werkten duidelijk niet met de klassiek-psychiatrische diagnostiek die terugvoert op de indeling van de negentiende-eeuwse Duitse psychiater Emil Kraepelin. Afgaande op dat traditionele type diagnostiek – waarin geestesziekten grofweg verdeeld zijn in neurotische stoornissen, psychotische stoornissen als schizofrenie en de manisch-depressieve stoornis, en stemmingsstoornissen als depressie – zouden de symptomen van de beide hierboven genoemde mannen kunnen wijzen op een ernstige depressie. Het is opvallend, dat in de diagnoses die men op Conolly stelde het woord depressie in het geheel niet voorkwam. De diagnose werd daarentegen in het eerste geval gesteld op karakterneurose, en in het tweede op 'neurotische persoonlijkheid en sterke minderwaardigheidsgevoelens in combinatie met relatieproblemen.'

Een ander voorbeeld waarin men een 'zware' diagnose vermeed is dat van de 'intkvissenman', uit de Inleiding van dit boek. Een vergelijkbaar geval betrof een dertigjarige man die in Utrecht werkte. Hij vond het daar niet leuk – hij had nog geen vrienden gemaakt en 's avonds zat hij eenzaam in de kroeg. Steeds meer

kreeg hij het idee dat hij werd geobserveerd, en dat iedereen hem dwong zich te haasten. Op een avond werd hij via de radio in zijn kamer benaderd door een paar mannen die bij hem in de straat rondhingen. Ze vroegen of hij drugshandelaar wilde worden. De volgende dag zag hij op straat vijf negers in een auto stappen. Hij was ervan overtuigd dat ze op hem afreden om hem dood te rijden. In paniek ging hij op de vlucht. Dagen later meldde hij zich op de Eerste Hulp van een algemeen ziekenhuis, om zijn blaren te laten behandelen. Hij werd doorverwezen naar de psychiatrische afdeling, waar hij uitgebreide waandenkbeelden uit de doeken deed waarin zijn broer, de CIA en diverse luchtvaartmaatschappijen een rol speelden. Ook bleek al gauw dat de man al een aantal opnames achter de rug had, steeds wegens paranoïde denkbeelden. Hij kreeg de diagnose 'paranoïde schizofrenie'. Schizofrenie werd ook geconstateerd tijdens twee eerdere opnames van de man. Op Conolly, waar hij in 1974 terecht kwam, sprak men van een karakterneurose.

EMOTIES DOORLEVEN: DE GERINGE STATUS VAN MEDICATIE

Net als in het geval van Piet vergat men de medische kant van de behandeling op Conolly niet. Ondanks de psychotherapeutische cultuur op de afdeling was men vooral pragmatisch. Bovendien bleken medicijnen soms nodig te zijn om met mensen te kunnen communiceren. In de dossiers uit de steekproef kwam het gebruik van antipsychotica, antidepressiva en slaap- en kalmeringsmiddelen geregeld voor.⁷⁰ Soms diende men die onder dwang toe. In één dossier, van een jonge man die veel last had van wanen en hallucinaties, schreef men op een dag: 'Wilde zijn medicijnen niet innemen, toen we met de spuit kwamen koos hij toch voor de medicijnen maar wilde niet laten zien of hij ze doorgeslikt had, is toen toch gespoten.'⁷¹ Boersma, Muller en Prins waren dan ook niet geheel tegen het gebruik van psychofarmaca. Ze streefden naar *vermindering* van het gebruik van medicatie en dwang. Soms, aldus Muller, waren pillen nodig om iemand in rustiger vaarwater te krijgen zodat 'energie vrijkomt om aan nieuwe mogelijkheden te gaan werken.'⁷² Arts-assistent Van Florestein uitte zich het meest kritisch. Het speet hem dat er niet genoeg personeel beschikbaar was om mensen 'dag en nacht te begeleiden in hun reis'. Daarom kregen de meeste bewoners psychofarmaca. Alleen als mensen rustig genoeg waren, aldus Florestein, mochten ze hun psychische reis 'nuchter' doorleven. 'Anders kunnen wij dat niet hebben op de afdeling.'⁷³ De personeelsbezetting op Conolly was evenwel redelijk ruim. Naast Muller, de eventueel aanwezige arts-assistent en de hoofdverpleegkundige Boersma, waren er twee eerste verpleegkundigen voor respectievelijk Boven en Beneden, elf gediplomeerden en twintig leerlingen. Samen zorgden zij aanvankelijk officieel voor zestig bewoners, maar vanaf juli 1975 werd de officiële capaciteit van Conolly teruggebracht tot 44 (24 boven, 20 beneden). Eind 1976 verbleven er 39 mensen op Conolly.⁷⁴

Ondanks de pragmatische houding ten opzichte van medicijnen, geven de dossiers wel de indruk dat medicatie vaak werd verminderd of afgebouwd tegen het einde van de opname. Het was, afgaande althans op de dossiers uit de steekproef, zeker geen beleid om mensen permanent en preventief in te stellen op medicatie. In enkele gevallen – waarover straks meer – was men bovendien opvallend spaarzaam met het gebruik van medicatie. Vooral viel echter op in de dossiers dat de opmerkingen omtrent medicatie toenamen. Het toedienen van medicijnen werd duidelijk een beladen kwestie. Psychofarmaca werden steeds meer gezien als noodzakelijk kwaad: ze onderdrukten emoties die juist doorleefd moesten worden, wilde men iets kunnen leren van de psychische crisis. Een op Conolly opgenomen man die om een aspirientje kwam vragen, kreeg er geen. Hem 'werd geadviseerd er proberen achter te komen waardoor die hoofdpijn zou kunnen ontstaan'. Dergelijke opmerkingen werden ook regelmatig gemaakt over zwaardere medicatie, tegen onrust, psychosen of depressies.

'Ik vind wel dat je erg veel medicijnen krijgt die je gevoelens onderdrukken', schreef men bijvoorbeeld in het dossier van de hierboven genoemde sombere en suïcidale Bob.⁷⁵ Men wilde echter ook niet dat de man helemaal van de medicijnen afging, al vroeg hij daar na enige tijd zelf wel om. 'Het gaat nu wat beter en dit is geen reden om de medicijnen te stoppen', aldus de verpleging. Waarschijnlijk vond men de man te depressief en suïcidaal (hij deed af en toe een poging zich op te hangen) om hem geheel zonder medicijnen te behandelen. Ondanks de 'licht' aandoende diagnose die hij kreeg (zie boven) nam men zijn depressieve symptomen dus wel serieus. In andere gevallen probeerde men het daarentegen aanvankelijk wél zonder pillen, zoals in het geval van de 'inktvissenman' uit de Inleiding. Ook bij een andere bewoner probeerde men aanvankelijk om hem te behandelen zonder medicamenteuze ondersteuning.

In 1975 werd een jonge man, Henk, opgenomen op Conolly omdat het niet goed ging thuis. Hij woonde nog bij zijn ouders en was volgens hen moeilijk te handhaven. De jongen zei zich afgeleefd en uitgeblust te voelen. Volgens zijn vader en moeder staaarde hij de hele dag maar wat voor zich uit en lag hij veel in bed. Er was regelmatig ruzie over het drugsgebruik en uiterlijk van de jongen, die zijn zus op een dag sloeg met een pook. Op Conolly vroeg de jongen zelf om medicatie; het liefst wilde hij 'peppillen'. Hem werd gevraagd waarom hij die wilde. Omdat hij dat leuk vond, antwoordde de jongen. En omdat hij in een ziekenhuis was en daar kreeg een mens toch pillen? Welke kleur vond hij dan leuk, wilde de verpleging weten. Rood vond Henk wel mooi. Hij kreeg vervolgens elke ochtend een pilletje Davitamon-C. Na een half jaar, waarin op allerlei manieren was geprobeerd de jongen te stimuleren om aan zichzelf te gaan werken, werd tijdens het Open Rapport besloten dat Henk een antipsychoticum moest gaan gebruiken – maar wel met de nadrukkelijke opmerking dat deze medicatie slechts bedoeld was 'om hem over de drempel heen te helpen'.⁷⁶ Psychofarmaca werden duidelijk ingezet als voorwaarde voor het welslagen van de psychotherapeutische cultuur.

Tegelijk met de veranderende visie op het medicijngebruik werden ook de rituelen rondom de toediening van de pillen anders. In de jaren zestig brachten verpleegkundigen de medicijnen langs tijdens het eten. Op een karretje stonden ijzeren bakjes met pillen. De patiënten moesten hun voorraad ter plekke slikken, onder toezicht van die verpleegkundige, met wat water dat de verpleegkundige erbij gaf uit een kan die op het karretje stond. Begin jaren zeventig zette men de pillenbakjes bij de borden neer en mochten mensen ze zelf innemen. De verpleegkundigen werden nu bovendien bijgeschoold over de diverse medicijnen. Op het verpleegkundig kantoor lag een geneesmiddelengids.

Wat betreft het gebruik van fysieke dwang waren op Conolly van oudsher twee isoleercellen aanwezig, die in de jaren zeventig als kantoor en als dokterskamer in gebruik waren genomen. Daarnaast waren er twee separeerkamers, die meestal gebruikt werden als ziekenkamer of als kamer voor een bewoner die wat meer privacy nodig had. Ernstig psychotische mensen en mensen die niet vrij konden rondlopen vanwege hun agressieve gedrag gingen zo kort mogelijk in de 'Zweedse gordel' om ze tegen zichzelf te beschermen. Dit is een gordel van sterk zeildoek die iemand om zijn middel krijgt en die afgesloten wordt met een slotje. Aan twee kanten van het bed zitten lussen, eveneens van zeildoek, waar de gordel doorheen loopt en zo zat de bewoner dan aan zijn bed vast. Zodoende hoefden mensen niet apart gezet te worden van de groep, redeneerde men op Conolly, waar men bewoners liever niet separeerde omdat hen dat een afschuwelijke ervaring leek. Zoveel mogelijk probeerde men dwang echter te vermijden, beweren alle geïnterviewde oud-medewerkers van Conolly. Bijvoorbeeld door bewoners te vragen de agressieve buien aan te kondigen en bespreekbaar te maken. Of door de agressie om te zetten in onschuldiger energie-uitingen als hardlopen, dansen of gek doen.

De dossiers bevestigen de bewering van veel ex-medewerkers dat met dwangmiddelen en dwangmedicatie spaarzaam werd omgegaan. Niet een keer werd gemeld dat iemand was geïsoleerd. In de gordel werden mensen wel af en toe gelegd maar alleen als ze erg agressief waren, of zo dronken dat ze steeds uit hun bed vielen en dreigden zichzelf te bezeren. Dat men inderdaad probeerde agressief gedrag bespreekbaar te maken, blijkt uit het geval van een man die medio jaren zeventig een maand op Conolly verbleef. Thuis had hij volgens de huisarts met messen bedreigd en zich 'pervers' gedragen tegenover zijn dochter. Op de afdeling gedroeg hij zich ook regelmatig agressief.⁷⁷ Toch behandelde men deze man niet met dwangmiddelen. Dit ondanks het feit dat hij medebewoners van de slaapzaal afgooide, dreigde mensen te slaan en een keer agressief en dronken thuiskwam. Maar de bewoner 'maakte het bespreekbaar' en voerde gesprekken met de verpleging als zijn gedrag de spuigaten uit dreigde te lopen. Dat werd geprezen en beloond.

Met zekerheid is achteraf niet te zeggen hoe er daadwerkelijk met dwang werd omgegaan. Het is natuurlijk mogelijk dat gebruik van dwang wel plaatsvond maar niet werd genoteerd. Een verplichte wettelijke registratie van gebruikte

dwang, zoals in de jaren tachtig en negentig werd ingevoerd, was er nog niet. Er werd wel bijgehouden wie in de isoleercel zat en hoelang, maar die 'mutaties' zijn niet bewaard gebleven.

3.4 Paradoxen en systemen: therapieën op Conolly

Volgens Bierenbroodspot was een van de basisprincipes van de TG dat behandelaren en verpleegkundigen zich niet-directief op moesten stellen, in de traditie van de psychoanalyse. Op Conolly daarentegen was men sterk beïnvloed door de directieve psychotherapie.

In de psychoanalytische behandeling staat het concept centraal dat cliënten gevoelens jegens ouders, echtgenoten of andere naasten gaan 'overdragen' op de therapeut (of, in de TG, op andere groepsleden). Die gevoelens kunnen dan vervolgens worden benoemd en geanalyseerd. Was het doel van de psychoanalyse primair het bevorderen van het zelfinzicht, het doel van de directieve psychotherapie was volgens Haley het bewerkstelligen van 'verandering' in het gedrag van de cliënt.⁷⁸ Inzicht alleen was daartoe niet altijd genoeg. De rol van de therapeut was vooral het doorbreken van de weerstand tegen die verandering, die vaak zowel bij de cliënt te vinden was als bij de leden van diens sociale systeem. Verandering van één gezinslid zou namelijk de gezinsharmonie doorbreken.

Een belangrijke directieve methode die men op Conolly hanteerde, was de paradoxale aanpak. De bedoeling hiervan was om mensen meer inzicht te bieden in zichzelf, door hen te confronteren met hun eigen groeibelemmerende gedrag. Om hen bewust te maken van dit gedrag, gaf men de paradoxale opdracht, dit gedrag juist wél te gaan vertonen. Zo nam men in 1976 op Conolly Ruud op, omdat hij dacht dat hij Jezus Christus was en hij zijn buurvrouw met een baksteen had geslagen. Tijdens zijn opname huilde en lachte hij door elkaar en uitte hij doorlopend seksuele fantasieën, terwijl hij zich in het openbaar probeerde te bevredigen. Ook op de afdeling vertoonde hij druk gedrag. Hij praatte veel en op een betweterige manier, aldus de verpleging. Hij maakte bijvoorbeeld bezwaar tegen de klinische les die over hem werd gehouden, zonder dat hij erbij was – dat was niet democratisch, vond hij. Ook weigerde hij zijn gevoelens te uiten tegen verpleegkundigen – hij wenste slechts te praten met dokters. Dan weer ging hij hard zingen. Men gaf hem de paradoxale opdracht zich zo 'clownesk' mogelijk te gedragen. 'Had hier na een tijdje niet zo'n plezier meer in', concludeerde een verpleger tevreden.⁷⁹

De psychotherapeuten Evers en Rijnders, die in de jaren zeventig ook met paradoxale interventies werkten en hier een boek over schreven,⁸⁰ verwoordden het in 1982 aldus: 'Een paradoxale benadering heeft tot doel om veranderingbelemmerende spelregels te blokkeren en nieuwe, meer constructieve spelregels te doen ontstaan. Dit kan ertoe leiden dat het symptoom – als middel om de relatie te definiëren zonder dat men daar verantwoordelijkheid voor neemt – overbodig

wordt en verdwijnt.⁸¹ Het achterliggende idee kwam al eerder aan bod bij de bespreking van Laing en de auteurs uit de Palo Alto instituut: veel zogenaamde patiënten zijn mensen die zich verstoppertjes achter ziektesymptomen. Ze zeggen met hun gedrag: 'Ik wil wel anders, maar ik kan niet anders; ik ben het slachtoffer van krachten waar ik geen greep op heb'. Verandering wordt zo afgeweerd. Dit verstoppertjes spelen moest worden doorbroken om tot de ware aard van de problemen te kunnen komen. Paradoxe opdrachten konden daarbij helpen. Die paradoxen moesten zo absurd zijn, dat ze mensen uit hun vaste gedrags- of denkpatronen 'shockten'.

Op Conolly werd met paradoxen regelmatig gewerkt, blijkt uit zowel de interviews als de dossiers. Ongewenst gedrag werd mensen juist opgedragen. Van der Woude herinnert zich een zwakzinnige man die op Conolly Boven verbleef en te veel koffie dronk, waardoor hij maagklachten kreeg. 'Op een dag', vertelt hij, 'ging ik eens bij de man op zijn kamer kijken. Daar hadden ze wel zes of zeven koffiezetapparaten neergezet!' Een andere bewoner, die steeds over hoofdpijn klaagde, moest volgens Van der Woude continu rondlopen met een meetlat, om doorlopend te meten waar in zijn hoofd de pijn precies zat, hoe de pijn zich verplaatste, en hoe groot het gebied was dat de pijn bestreek. Mars vertelde over een man die regelmatig naast zijn bed poepte en vervolgens de opdracht kreeg om elke avond, op een bepaald tijdstip, in een cirkel te poepen die door de verpleging met wit krijt naast zijn bed was getekend.

In de dossiers uit de steekproef kwam het regelmatig voor dat mensen werd opgedragen om toch vooral zo 'gek' mogelijk te doen. Ook maakten verpleegkundigen opmerkingen als: 'gek doen kan je heel goed, hoor; ga zo door!' De eerder genoemde 'inktvissen-man', die tijdens zijn opnamegesprek verwarde verhalen vertelde, kreeg de opdracht de komende weken 'zo onduidelijk mogelijk te blijven'.⁸² Met een sterk depressieve en suïcidale man, die tijdens zijn opname op Conolly veel in bed lag en slecht at, werd afgesproken 'dat hij drie maanden hier blijft en niets zal veranderen.' Het paradoxale beleid had helaas niet het gewenste effect – de man gooide er juist nog een schepje bovenop door te beweren dat hij voorgoed afscheid nam van de maatschappij, en dat hij de rest van zijn leven op Conolly wilde doorbrengen.⁸³ Een jongen die last had van slapeloosheid en hierover veel klaagde en hulp vroeg bij de verpleging, kreeg de opdracht dat hij niet meer mocht slapen. Hij moest daarentegen 'aan zichzelf werken'. Hij zat daarna enkele nachten te praten met de verpleging. De jongen zag vervolgens in, schreef een verpleegkundige, 'dat het slapen niet mijn verantwoordelijkheid is, zoals je eerst deed voorkomen'.

Een aantal gevallen waarin de paradoxale aanpak voorop stond in de behandeling, is de moeite waard om nader uit te lichten. Het eerste geval betreft een zwakbegaafde, getrouwde man van middelbare leeftijd; de eerdergenoemde Gijs.⁸⁴ Hij werd in 1973 opgenomen omdat hij zich erg gespannen voelde, niet kon slapen en last had van schreeuwbuien. Ook had hij angstaanvallen, waarbij hij op tafels en stoelen sloeg. Zijn vrouw was uiteindelijk zo bang geworden dat ze een opname

had voorgesteld. De behandeling van Gijs bestond uit een mengeling van echt-paargesprekken, medicatie,⁸⁵ arbeidstherapie, bewegingstherapie en de paradoxa-le aanpak. Op de afdeling liep Gijs regelmatig te gillen, rennen en slaan. Twee dagen na de opname droeg men hem op om op gezette tijden te schreeuwen, elke ochtend en elke middag een kwartier. Gijs probeerde hard om zich te houden aan de schreeuwtijden, die hij ook netjes volmaakte. Soms hield hij het echter tussen-door niet uit. Dan begon hij 's nachts te schreeuwen en moest hij op de gang worden gezet met zijn bed. Beter ging het ondertussen niet met de man. Een paar maanden na de dag van opname schreef een verpleegkundige in zijn dossier: 'Begon om zes uur 's ochtends te schreeuwen. Kan zich vervolgens niet meer in bedwang houden. Na wat terug geschreeuwd te hebben werd hij weer wat rustiger. Probeerde eerst nog om zich te verhangen aan de deurknop van de toiletdeur.'

Na enige tijd zette het behandelteam een nieuwe koers in. Gijs mocht zich nu 'rustig laten gaan'. Hij hoefde zichzelf niet langer te beheersen. Wel werd Gijs aangespoord om na te gaan hoe hij zich voelde tijdens zijn buien en waar ze vandaan kwamen. Dit hielp echter niet afdoende. Men ging Gijs nu confronteren met zijn eigen gedrag door een schreeuwbuï van hem op te nemen op een geluidsband en die af te spelen tijdens de Open Rapport-vergadering. Zodra Gijs ging schreeuwen, zette de verpleging die band aan, zodat hij tegen zichzelf zat te schreeuwen. Weer later droeg men hem op, tijdens het schreeuwen te gaan liggen en heel hard met de vuisten op een matras te slaan. Blijkbaar wierp het beleid uiteindelijk vruchten af. Na een verblijf van bijna vijf maanden op Conolly was Gijs toch wat rustiger geworden, aldus de ontslagbrief. De afspraak was nu dat hij om de dag schreeuwde en dat ging redelijk. Gijs kon weer naar huis.

Een andere bewoner die men door middel van paradoxale interventies probeerde te beïnvloeden, was de eerder genoemde Henk.⁸⁶ Afgaande althans op zijn dossier had deze jongen geen wanen of hallucinaties, maar waren zijn voornaamste symptomen een grote lusteloosheid, zelfverwaarlozing (soms tot en met incontinentie) en moeilijkheden in het contact met andere mensen. Regelmatig zat hij gehuld in een dikke winterjas op de afdeling, met een wild rastakapsel waar de verpleging met de kam niet meer doorheen kwam. Onmiddellijk ging de verpleging op Conolly de strijd aan met Henks passieve gedrag. 'Volhouden Henk', schreef men kort na de opname, 'maar niet vergeten dat wij meer tijd hebben dan jij.' En tijd trok men zeker uit voor Henk. Hij bleef drieëntwintig maanden op Conolly – het grootste deel van de tijd op de vervolgafdeling Boven. Op allerlei manieren werd geprobeerd om zijn gedrag paradoxaal te beïnvloeden. Omdat hij zich als een baby gedroeg werd hij 'als een klein kindje' naar bed gebracht. Men zette hem onder de douche terwijl hem precies werd verteld wat hij moest doen. Hij kreeg de opdracht om twee weken lang elke avond voor zijn bed te gaan staan om erin te plassen. Vervolgens moest hij 'in dat bed gaan liggen en daar de nacht doorbrengen.' Ook moest hij 's morgens voordat hij z'n broek aantrok, hier in pissen.' Verder kreeg hij de paradoxaal opdracht de komende drie maanden niets te veranderen aan zichzelf.

Het incontinent gedrag verdween hierna schijnbaar; het komt althans zelden meer ter sprake in het dossier. Maar iets 'veranderen' aan zichzelf, door te praten over zijn gevoelens of door na te gaan wat hij wilde doen met zichzelf en zijn leven, dat deed Henk nog altijd niet. Hij gaf desgevraagd aan best tevreden te zijn over de manier waarop hij leefde. Hij verbleef graag in inrichtingen – hij wilde er zijn hele leven wel doorbrengen. Slechts af en toe uitte hij andere geluiden, over reizen die hij wilde maken, zodat hij interessante verhalen te vertellen zou hebben. Een enkele keer ontsnapte hij, om naar Paradiso te gaan of Schiphol. Maar hij kwam altijd weer terug. De toon van sommige verpleegkundigen werd allengs geïrriteerder: 'Als Henk tafeltennist, is hij een gewone jongen. Verder is hij een slappe zak', schreef iemand. Henk is bezig een oude man te worden, observeerde een ander. Hij zat maar in zijn stoel en koos voor het passieve vermaak van de tv, bij voorkeur de Tros zoals men misprijzend opmerkte. 'De pijp ontbreekt er nog maar aan', concludeerde men.

Die observatie werd vervolgens uitgewerkt tot een paradoxale opdracht. Er werd een 'oude mannen programma' voor Henk gemaakt. Hij mocht alleen nog maar op de afdeling zijn en tv kijken, biljarten en de pijp stoppen en roken die men voor hem had meegebracht. Hij moest verplicht een aantal uren per dag voor het raam zitten en pijp roken. Tijdens het OR moest hij dit oude mannen programma voorlezen ten overstaan van de hele groep. Ondanks het feit dat Henk flink baalde van dit programma, maakte hij geen alternatief programma voor zijn dagbesteding of een concreet en uitvoerbaar toekomstplan, zoals hem was gevraagd. 'Je leeft niet, Henk!', probeerde iemand het nog eens. 'Je komt een stuk leven tekort. Een jongen van 22 jaar gaat uit, meisje zoeken en met een hobby bezig. Op deze manier gooi je je eigen leven weg en word je chronisch patiënt.' Na een jaar werd Henk ingesteld op het antipsychoticum Imap, en dat zorgde er volgens de verpleging voor dat hij lossier werd en makkelijker contact legde. Toch hielp niks genoeg. Na bijna twee jaar werd Henk overgeplaatst naar de vervolgafdeling Griesinger. De Conolly-aanpak had hem niet kunnen redden van een bestaan als verblijfspatiënt.

ZIEKE SYSTEMEN: RELATIE- EN GEZINSTHERAPIE

Naast de paradoxale aanpak stond ook de psychotherapie centraal op Conolly, met name in de vorm van gezins- en echtparentherapie. Soms werden individuele gesprekken gevoerd; volgens Muller met zo'n 180 mannen per jaar. Ook werd er groepstherapie gegeven, daaraan zouden jaarlijks ongeveer honderd à honderdvijftig bewoners deelnemen.⁸⁷ Er bestond een aparte groep voor 'jongeren' en eentje voor 'ouderen'; beide groepen kwamen eens per week bijeen. Op Conolly Boven bestonden 'doe-groepen', die twee keer per week werden gehouden. Verpleegkundige Bunt vertelde: 'We wilden mensen leren om keuzes te maken en om te communiceren. Als verpleging stelden we ons afwachtend op. Zij moesten het doen, vanaf de eerste minuut. Dus daar stond je dan bij die voorkeur. Jon-

gens, we kunnen rechtsaf of we kunnen linksaf. We kunnen ook rechtdoor, maar daar ligt een rozenperk. Zeg het maar. En met een ijzeren geduld kreeg je het dan toch voor elkaar: er werd een boswandeling gemaakt, een kop koffie gedronken in de stad, zelfs een keer een auto gehuurd met z'n allen. Dat was heel wat.'

Op het gebied van psychotherapie ging echter verreweg de meeste energie en aandacht naar de gezins- en echtpaartherapieën, waarmee jaarlijks ruim driehonderd mensen – bewoners en familieleden samen – te maken kregen, volgens schattingen van Muller. Zij vertelt dat er vaak vier gezinstherapeutische sessies per dag plaatsvonden.⁸⁸ Die werden gegeven in de lijn van het Palo Alto-instituut, Satir en Minuchin. In de gezinstherapie heetten deze stromingen respectievelijk de communicatietheoretische en de structurele stroming.⁸⁹ De Palo Alto-benadering heet communicatief, omdat vooral wordt gelet op de communicatiepatronen (verbaal dan wel non-verbaal) binnen een systeem. De aanpak van Minuchin heet structureel omdat de structuur van de gezinsverhoudingen bij hem centraal staat. Hij onderscheidde bijvoorbeeld 'kluwengezinnen', waarin een overmaat bestond aan wederzijdse betrokkenheid tussen de gezinsleden, en 'los-zand' gezinnen, waarin de gezinsleden juist een tekort vertoonden aan onderlinge verbondenheid. In de praktijk was de wederzijdse beïnvloeding tussen deze stromingen echter groot en op Conolly was de werkwijze eclecticisch.

Belangrijk in al deze varianten van gezinstherapie – en op dit punt verschillen ze essentieel van psychoanalytische vormen van gezinstherapie – was de nadruk op het 'hier-en-nu.' Wat er in het verleden van de gezinsleden of het echtpaar was voorgevallen, deed minder ter zake dan de wijze waarop de leden van het 'systeem' in het heden met elkaar omgingen, en hoe ze in de toekomst met elkaar verder wilden. Boersma vertelde: 'Tijdens de sessies werd ook niet standaard teruggegrepen op wat er was gebeurd in de voorgaande bijeenkomst, we lieten iedere sessie weer helemaal open. We gingen gewoon in op wat er op dat moment gebeurde. Hoe mensen naar elkaar keken, hoe ze op elkaar reageerden. Daar gingen we steeds op in.' Veel belang werd gehecht aan de machtsverhoudingen binnen gezinssystemen. Wie was dominant, wie werd gepest of onderdrukt, wie had een alliantie gesloten met wie, wiens grenzen werden wel of niet gerespecteerd?

Meteen als een gezin de therapieruimte binnenkwam, werd goed gelet op de structuur van de verhoudingen. De therapeuten (de gezinstherapie werd op Conolly altijd met z'n tweeën gedaan) bleven net zolang staan tot iedereen zat. Hoe mensen gingen zitten, vond men veelzeggend. Boersma: 'Bijvoorbeeld: een echtpaar kwam binnen en de vrouw ging aan de ene kant van de kamer zitten, en de man helemaal aan de andere kant. Wat ook wel gebeurde, was dat mensen zich nadrukkelijk buiten het gezin plaatsten door hoe ze gingen zitten. Ze zochten dan een heel geïsoleerde positie uit.' Hij herinnerde zich nog een ander tekenend geval. Boersma vertelde: 'We hadden ooit een kind dat tussen de ouders zat ingeklemd, letterlijk en figuurlijk. Tijdens de therapie zaten ze met z'n drieën op de tweezitsbank, het kind tussen de ouders. Als het kind iets wilde zeggen, dan legde pa de arm op de knie van dat kind. En dan zei het kind niks meer. Wij vroegen

dan bijvoorbeeld aan dat kind: 'Goh, wil je eens hier naast mij komen zitten?' De fysieke afstand die zo ontstond ten opzichte van de ouders stelde het kind dan in staat wat meer te zeggen over wat het werkelijk dacht en voelde.'

Muller, Boersma en de eventuele andere behandelaars kozen nadrukkelijk een zitplek uit die duidelijk maakte dat zij zelf geen deel uitmaakten van het systeem rond de bewoner. Zo behielden ze de 'one-up' positie. Doel van de therapie was om rigide verhoudingen te doorbreken, wanneer ze de individuele groei van een van de gezinsleden belemmerden. Het uit balans brengen van de bestaande verhoudingen werd gezien als een voorwaarde voor transformatie. 'Veranderingen in een gezinsstructuur', aldus Minuchin, 'zullen veranderingen tot gevolg hebben in het gedrag en in de psychische processen van de leden van dat systeem.'⁹⁰ Zo konden de therapeuten proberen om mensen die in de verdrukking zaten binnen een gezin juist te steunen om hen sterker te maken. Wilma de Bruijn, die tijdens haar studie psychologie stage liep op Conolly en ook bij gezinstherapeutische sessies aanwezig was, gaf een voorbeeld: 'Mevr. A klaagt dat haar man na zijn werk altijd eerst een tukje doet, voor hij zich met haar en de kinderen bezig houdt. De therapeut kan dan het gedrag van de heer A. juist gaan prijzen, in plaats van de vrouw bij te vallen: "U zorgt erg goed voor uw gezin, als U moe bent, gaat u een tukje doen, dat lijkt me heel verstandig. U bent dan na uw slaapje fris om met uw vrouw en kinderen bezig te zijn."⁹¹ Zo werd gedrag dat in het gezin doorging voor negatief, nu positief bestempeld.

De letterlijke inhoud van hetgeen mensen zeiden was zodoende minder belangrijk dan de 'meta-communicatie', oftewel het 'non-verbale' of 'betrekkingsniveau'. Als een vrouw begon te vertellen: 'Nou, we waren om half vier samen in de huiskamer...', en de man onderbrak haar onmiddellijk met: 'Nee hoor, het was al kwart voor vier', dan was vooral van betekenis dat de man probeerde de situatie naar zich toe te trekken. Wederom een voorbeeld van stagiaire De Bruijn: 'Als tijdens een gezinstherapie de vrouw plotseling het woord tot mij richt, gaat er een soort seintje: kennelijk vindt de vrouw het nodig het lopende gesprek te onderbreken, een uitbraak te wagen. Steeds meer leer ik dat terug te geven door niet op de inhoud te letten, maar te signaleren wat er gebeurt, en dat te zeggen.' Boersma bevestigde dat vaak meer op non-verbale communicatie gelet werd, dan op hetgeen letterlijk werd gezegd. Boersma: 'Die non-verbale dingen gaven we dan aan de mensen terug. We zeiden dan: "Ik zag net dit of dat gebeuren. Wat zit daarachter?" Dan probeerden mensen het eerst te ontkennen maar dat gaven we geen kans. Soms moest je een beetje hard doorstoten om verder te komen.'

Arts-assistent Van Florestein verbaasde zich er aanvankelijk over dat de gezinnen geen thee of koffie geserveerd kregen tijdens de sessies, terwijl de therapeuten soms wel een kopje dronken. 'Toen ik daarnaar vroeg', aldus van Florestein, 'werd het me uitgelegd: "Die gezinnen komen hier niet voor hun lol, ze komen om te werken. Het moet niet te gezellig worden."' Boersma bevestigde ook deze gang van zaken: 'Kijk, een maatschappelijk werker zegt: "Wil je koffie?" Die zorgt voor jou en legt aan je uit wat ze allemaal gaat doen, en waarom ze het doet. Dat deden

wij niet. Wij zeiden: "Je komt hier voor een therapiegesprek, punt. En wij doen dat gewoon zoals we dat doen, en wij gaan daar niet een koffievizite van maken. Het was een spel: wie is de baas. Bij gezinnen is dat machtsspel met de therapeut steeds aanwezig. Daarom deden we de gezinssessies bijvoorbeeld ook niet bij mensen thuis. Dan hebben mensen zoveel uitwijk- en ontsnapingsmogelijkheden.'

Om de balans te verstoren, konden ook opdrachten worden gegeven aan het gezin tijdens de sessies. Mensen kon worden opgedragen om ergens anders te gaan zitten, om iemands hand beet te pakken als hij of zij het moeilijk had, om andere mensen uit te laten praten of om het ware probleem dat speelde, te benoemen.⁹² Alfons van Nispen werkte van april 1977 tot april 1978 als arts-assistent op Conolly. Volgens hem werd mensen soms gevraagd om in de hoek te gaan staan, of buiten op de gang, bijvoorbeeld wanneer ze volgens de behandelaars niet voldoende meededen met de therapie.⁹³ Als ze zich dan toch buiten de situatie plaatsten, dan konden ze net zo goed helemaal eruit stappen, was het idee. Bunt vertelde dat gezinsleden weleens werd gevraagd van rol te wisselen. Bunt: 'Vader moest dan bijvoorbeeld de rol spelen van het kind of het kind de rol van de moeder.' Ook kregen gezinnen of echtparen regelmatig opdrachten mee naar huis. Verpleegkundige Angelien Nijenhuis, die als leerling op Conolly werkte, schreef haar afstudeerscriptie over een bewoner die daar echtpaartherapie kreeg. Hij en zijn vrouw moesten tijdens het weekendverlof opschrijven welke dingen ze graag samen zouden willen gaan doen. De man kreeg ook de opdracht wat meer huishoudelijk werk te doen om zijn vrouw te ontlasten. In een van de dossiers uit de steekproef zaten kopieën van verslagen die de vrouw van een bewoner tijdens een weekendverlof had moeten bijhouden van hun conversatie.⁹⁴ Van een ander echtpaar dat op Conolly in therapie was, kreeg de man de opdracht om voor zichzelf op te schrijven wat hem niet beviel in de relatie met zijn vrouw.⁹⁵ Ook werd regelmatig aan echtparen de opdracht gegeven op te schrijven welke verwachtingen men had van elkaar.

Stagiair Spruit vond de gezinstherapie minder confronterend dan hij had gehoopt. De film *Family Life* had veel indruk op hem gemaakt (zie hoofdstuk 2). 'Toen ik de bioscoop uitkwam', herinnerde Spruit zich, 'was ik zo verontwaardigd over hoe dat meisje Janice aan alle kanten werd onderdrukt. Ik was helemaal klaar voor de hervorming van de psychiatrie!' Het revolutionaire gehalte van de systeemtherapie op Conolly viel Spruit evenwel nogal tegen.⁹⁶ Het doel van de gezinstherapie op Conolly was dan ook niet, beweerde Boersma naderhand, gericht tegen het gezin als zodanig. Zo radicaal als Cooper, die het 'einde van het gezin' bepleitte, was men er niet. Aan de andere kant stelden de hulpverleners op Conolly zich ook zeker niet in dienst van het redden van het gezin. Doel was vooral het vrijmaken van de individuele gezinsleden, door hen bewust te maken van het feit dat ze hun eigen keuzes konden maken en door hen te leren rechtstreeks met elkaar te communiceren, en niet via anderen en achter de rug van de bewoner om.

Toch werd volgens Muller wel degelijk actief geprobeerd om de relaties tussen mensen te beïnvloeden. Ze schreef althans in 1976: 'De therapie, bedreven vanuit het communicatie- en relatie-aspect, is voor mij een boeiende en intrigerende zaak. Door zo te werken zie ik mensen nieuwe dingen, nieuwe relatievormen, nieuwe inhouden met en van elkaar ontdekken. De moed en de speelsheid hieraan te beginnen moet vaak wel door ons gestimuleerd worden.'⁹⁷ Een aantal keren kwam in de dossiers voor dat mensen na het volgen van relatietherapie op Conolly gingen scheiden. Een dertigjarige ambtenaar bijvoorbeeld werd het tijdens zijn verblijf op Conolly duidelijk dat hij en z'n vrouw beter uit elkaar konden gaan. Hij ging een flat zoeken.⁹⁸ Vervolgens wilde hij, aldus een verslag van een OR, 'z'n moeder het rotte werk laten doen ivm het zoeken van een flat. Moet z'n moeder bellen en zeggen dat hijzelf contact opneemt met de gemeente. Dhr. zoekt een flat dicht bij z'n familie en kennissen dan kunnen ze nog wat voor hem zorgen wat betreft eten. Kun je dat zelf niet? Je stelt je zo wel erg afhankelijk op!' Ook hier blijkt weer dat het zelfstandig maken van mensen een belangrijk doel was van de behandeling op Conolly.

LOSMAKINGSPROBLEMATIEK

Uit de dossiers in de steekproef blijkt dat men op Conolly inderdaad bij vrijwel alle nieuw opgenomen bewoners probeerde om het systeem bij de behandeling te betrekken, door hen meteen aan te spreken als ze hun verwarde of depressieve gezinslid kwamen brengen, of door hen te bellen of brieven naar hen te schrijven. Het lukte echter niet altijd om de familie van bewoners naar Conolly te laten komen. De behandelaars waren afhankelijk van de medewerking van echtgenoten en ouders. Boersma: 'Een heleboel families vonden het helemaal niet nodig dat er gezinstherapie was. Want die man was toch gek, of die zoon was toch gek? Wat een onzin! Dan gingen wij uitleggen dat het toch heel cruciaal was dat ze kwamen, en dat wij ons niet konden voorstellen dat ze het niet belangrijk genoeg vonden om te komen om samen over de problemen van hun zoon of man te praten. We pasten een beetje emotionele chantage toe.'

In de ontslagbrieven werd kort verslag gedaan van de uitkomsten van een echtpaar- of gezinstherapie. In het geval van de eerder genoemde Ruud had men gepraat over 'de manier waarop de heer en mevrouw met elkaar omgaan, wat zij van elkaar verwachten en hoe zij nu verder willen gaan. Zij hebben ontdekt, dat ze twee verschillende personen zijn en hebben wegen gevonden om elkaar aan te vullen in plaats van strijd met elkaar aan te gaan.' Tijdens een tweede opname van Ruud werden weer echtpaargesprekken gevoerd. De verslagen hiervan waren een stuk minder positief van toon. 'Het viel ons op dat Ruud onhandig contact met mensen maakt', aldus de ontslagbrief. 'Hij dramt enorm door.' Het strijdmodel bleef bestaan in de relatie tussen Ruud en zijn vrouw, en ook tussen Ruud en zijn behandelaars, vond het behandelteam. Toen Ruud met ontslag wilde werd dat verzoek dan ook onmiddellijk ingewilligd, 'aangezien wij niet in staat zijn voor de

heer zijn leven lang "trekezeis" te zijn en dat ook niet willen.⁹⁹

Ook een ander echtpaar dat op Conolly in therapie zat, wilde men losmaken uit het strijdmodel waarin ze elkaar vasthielden.¹⁰⁰ De diagnose luidde 'huwelijksproblematiek bij neurotische man.' De man, Frits, zat in de ziektewet. Hij gebruikte medicijnen en alcohol en sloeg verwarde taal uit. Volgens het verslag van het opnamegesprek wilde de vrouw haar man 'de deur uit hebben'. Op de verpleegkundige die aanwezig was bij het opnamegesprek kwam de echtgenote 'erg bazig en dominerend over.' Ze nam haar man alles uit handen en de man zei weinig, volgens de verpleegkundige 'omdat hij daar gewoonweg de kans niet voor krijgt.' Frits zelf wilde liever individuele gesprekken hebben dan therapie volgen samen met zijn vrouw, omdat hij tijdens individuele gesprekken verwachtte 'toch gemakkelijker te kunnen praten.' Het was echter juist de bedoeling het echtpaar te leren, anders met *elkaar* om te gaan, bleek uit het dossier van Frits.¹⁰¹ De heer en mevrouw hebben ontdekt dat zij erg goed ruzie kunnen maken', schreef psychologe Muller. 'Dat kan niet iedereen. 't Is een goed uitgangspunt om samen verder te werken.'

In een aantal dossiers uit de steekproef stond losmaking, vooral tussen ouders en kinderen, wel duidelijk centraal. Zo werd in 1977 Jan-Dirk opgenomen, een student die had bedreigd zichzelf te zullen verdrinken.¹⁰² Hij dacht dat iedereen het op hem gemunt had en dat zijn ouders eigenlijk zijn pleegouders waren.¹⁰³ Het hele gezin werd in therapie genomen op Conolly. In de verpleegverslagen was de relatie tussen Jan-Dirk en zijn ouders een geregeld terugkerend thema, waarbij steeds de teneur van de opmerkingen was dat de jongen zich los moest maken. Zo schreef een verpleger na een bezoek van de ouders van de opgenomen student: 'Toen ik vanavond de begroeting zag tussen jou en je moeder kreeg ik het gevoel dat je niet goed wist of je nou aardig moest doen of niet'. De verpleegkundige vervolgde: 'Vooral toen ze je haar wang toekeerde voor een zoen. Je gaf haar wel een zoen maar volgns mij met frisse tegenzin.' Aan een andere verpleegkundige vertelde Jan-Dirk dat als z'n ouders op bezoek kwamen, hij 'in tweestrijd' raakte tussen 'voor zichzelf kiezen en met z'n ouders meegaan.' De verpleger 'trachtte dit anders te maken door te zeggen dat deze gevoelens horen bij jonge mensen die op 't punt staan een eigen leven te gaan leiden.' Jan-Dirk vond de gezinsgesprekken in de kelder bovendien 'beklemmend'. Hij vroeg of ze niet gewoon op de afdeling konden plaatsvinden – daar in de kelder vond hij het niet fijn. Het gezin kwam na het einde van de opname van hun zoon niet meer opdagen voor vervolgetherapie in de kelder, hetgeen hen wél was geadviseerd.

Ook in de behandeling van de eerder genoemde Henk, voor wie een 'oude mannen-programma' werd gemaakt, speelde de verhouding met zijn ouders een belangrijke rol.¹⁰⁴ De directe aanleiding voor de opname was ook dat het thuis niet meer goed ging. Meteen na het opnamegesprek merkte een verpleegkundige op: 'Mij kwam de verhouding van hem t.o.v. zijn ouders vrij koel over. Verder viel mij op dat de ouders erg algemeen praatten over het opvoeden van 'zulke' kinderen en probeerden Henk vanuit dat beeld te bekijken. [...] Verder bleek het mij

dat Henk in vele punten niet voldaan had aan het verwachtingspatroon van zijn ouders.' Volgens het behandelteam van Conolly was het gezin van Henk een 'loszand-gezin'. Wat er verder precies in de gezinstherapie aan bod kwam, viel slechts op te maken uit korte opmerkingen in het dossier, zoals 'Henk speelt de zieke zoon van de gelukkige ouders die zo'n zielige jongen hebben.' De problematiek van de ouders bleef zichtbaar tot frustratie van het behandelteam buiten schot, omdat Henk de aandacht ervan bleef afleiden. Hij handhaafde in hun ogen vrijwillig de rol van de zondebok van de familie. Haley schreef ook geregeld over soortgelijke gevallen, waarin een probleemkind zich 'gek' zou gedragen om de aandacht af te leiden van de conflicten tussen de ouders.¹⁰⁵ Overigens steunde psychiater Stein, de geneesheer-directeur van psychiatrisch ziekenhuis Brinkgreven, het losmakingsproces van Henk dat men op Conolly nastreefde. 'Naar onze mening', schreef hij in een brief aan een verzekeringsgeneeskundige die naar Henk informeerde, 'bevindt de heer zich inderdaad in een verlate puberteits- c.q. losmakingsproblematiek met zijn ouders. De ouders houden hun zoon stevig vast in een symbiotische binding.' De losmaking van Henk kon nog wel even duren, meldde Stein – minstens driekwart jaar.

Losmaking was ook een centraal thema in het geval van Kees, een twintiger die medio jaren zeventig werd opgenomen wegens angstgevoelens, depressieve verschijnselen en suïcidegedachten.¹⁰⁶ Zijn eerste opname had de jongen volgens het behandelteam gebruikt om 'aan zichzelf te werken, om te gaan met zijn angst, zich los te maken van het ouderlijk huis.' Een paar weken na de opname werden gezinsgesprekken gestart, tijdens welke het er volgens Kees hard aan toeging. Hij was kwaad op een verpleegkundige die erbij zat, omdat deze hem niet had geholpen tijdens het voor hem ongemakkelijke gesprek in de kelder. Kees was niet van plan daar ooit weer naartoe te gaan. Het behandelteam liet hem echter niet met rust. 'Wat doe je aan jezelf Kees?', schreef Boersma in zijn dossier. De jongen schreef terug: 'Wat ik aan mezelf doe is me in een hoek laten trappen door een mens zonder gevoelens.' Waarop Boersma antwoordde: 'Ik vroeg wat je aan je zelf deed! Niet wat je door een ander laat doen en hoe die ander volgens jouw gevoel is.' Tijdens het OR werd verder over deze kwestie gepraat en het resultaat was, aldus het verslag van een verpleegkundige, dat Kees zich er nu van bewust was 'dat, zoals hij de situatie nu aanpakt dit zijn eigen keus is.' Kees zou niet langer 'de weg van minste weerstand kiezen' en gewoon naar het volgende gezinsgesprek in de kelder komen.

Vervolgens werkte Kees een tijdlang hard aan zichzelf. Hij schreef samen met een verpleegkundige een 'levensrapport' over zichzelf en volgde zijn therapieën. Na een half jaar ging het zichtbaar beter met hem, want Kees ging op kamers wonen. Hij bleef op Conolly in dagverpleging – een constructie die wel vaker voorkwam – en ging na ruim een jaar met ontslag, om echter na een paar maanden alweer terug te komen. 'Ik kan niet zelfstandig op kamers wonen en mijn eigen spullen verzorgen', aldus een depressieve Kees, die overliep van zelfhaat. Hij wist niet hoe hij beslissingen moest nemen en zei vaak te verstijven van angst in con-

tacten met andere mensen. Maar hoewel Kees zelf zei veel aan de gesprekken met de mensen op Conolly te hebben, hadden de hulpverleners daar het na een paar maanden met hem gehad. Zijn weerstand tegen de behandeling bleef de kop op steken. 'Zit moeilijk', besloot men uiteindelijk tijdens een OR. 'Door de manier waarop Kees met zichzelf omgaat en niet kiest voor onze begeleiding. Instellen op Imap en overplaatsen naar Griesinger.'

ZIEKTE VAN HET CHRISTENDOM

Ook in de literatuur die men veel las op Conolly stonden losmakingsprocessen van ouders centraal. Veel auteurs benadrukten, net als Laing en Foudraine, de rol van de moeder in ziekmakende gezinnen. De Amerikaanse 'communicatiedeskundige' Haley, van wie Boersma een groot fan was, schetste in een stuk getiteld 'het werkelijk gestoorde gezin' de volgens hem vaak voorkomende onderlinge relaties in een pathologisch gezin als volgt: de vader was gewoonlijk nooit thuis. Hij ging alle strijd met zijn vrouw uit de weg en beperkte zich tot passief-agressief gedrag.¹⁰⁷ Moeder smoorde verzet in de kiem door te dreigen met overspannenheid of weglopen. Vanwege deze vermeende rechtschapenheid van de moeder, aldus Haley, werd schizofrenie soms wel de ziekte van het Christendom genoemd. Haley: 'Men kon de vroege Christenen ook moeilijk aanvallen, omdat ze altijd volhielden dat alles wat ze deden in je eigen bestwil was en als je kwaad op hen werd, keerden ze je alleen nog maar de andere wang toe, zodat je je bovendien nog schuldig kon voelen. Zoals de Romeinen geen ander antwoord op deze tactieken konden bedenken dan de Christenen voor de leeuwen te gooien, zo kunnen de vader en het kind in dit soort gezinnen er alleen maar van dromen wat een lekker hapje moeder zou zijn voor de leeuwen in de plaatselijke dierentuin.'¹⁰⁸

Gezinstherapeute Satir, een andere veelgelezen auteur op Conolly, was milder van toon, maar ook zij betoogde dat veel westerse gezinnen ziekmakend waren. Ook zij wees met name op de rol van moeders. Satir weet hun pathogene gedrag aan de wijdverbreide 'cultus' rond het moederschap en het gezinsleven die in de twintigste eeuw zou zijn ontstaan. 'Nadat twee wereldoorlogen de mensen nog verder gedesilluseerd hadden', schreef Satir, 'zochten zij hun gehele bestaansreden in het gezin.'¹⁰⁹ Op Conolly was men duidelijk door dit soort ideeën beïnvloed. Volgens Spruit bijvoorbeeld waren de meeste gezinnen die op Conolly in therapie waren, van het 'kluwen-type'. Hij typeerde dit type als volgt: 'De moeder [speelt] vaak een zeer dominante rol (sorry, feministen), en vader [heeft] weinig in te brengen. Als de zoon opgenomen is op Conolly, kun je er vrij zeker van zijn dat de band tussen moeder en zoon zeer sterk is, en het tussen vader en moeder niet altijd best botert.'¹¹⁰ Ook volgens een aantal andere medewerkers van Conolly was dit patroon regelmatig te zien.

3.5 *Bewustzijnsverruiming*

Opvallend in de geselecteerde patiëntendossiers van Conolly was dat de hulpverleners de bewoners een grote mate van keuzevrijheid toedichtten. In het gestoorde gedrag van de bewoners zat 'zin', dacht men; er school een doel achter, een (bewuste dan wel onbewuste) strategie die draaide om het streven naar persoonlijke autonomie. Bewoners konden dus ook kiezen, zo leek men te denken, voor een meer positieve strategie van persoonlijkheidsverandering en 'werken aan jezelf'. Uit veel opmerkingen uit de dossiers bleek althans ergernis over bewoners die alles 'oppervlakkig hielden' of 'buiten zichzelf' bleven plaats. Er leek weinig waardering te bestaan voor mensen die weigerden verantwoordelijkheid te nemen voor hun leven en hun gedrag. Deze attitude blijkt uit opmerkingen als: 'Ik dacht dat je drie weken de tijd gekregen had om te laten zien wat je verder wilt. Ik denk niet dat er op deze manier veel verandert, maar daar kies je dan wel zelf voor', of: 'Dhr. maakt zich tijdens gesprekken zeer afhankelijk, bv. door ons te vragen "hoe kan ik rustig blijven". Eigenlijk allemaal dingen waar hij zelf wel achter kan komen als hij daar een beetje moeite voor doet'.¹¹¹

Over een andere bewoner schreef een verpleegkundige in het dossier: 'Vertelde ons lange verhalen over zijn familierelaties. Doch aan zichzelf kwam hij niet toe. Wist nog niet wat er bij hem veranderen moest. Wij geven hem de opdracht op te schrijven wat hij aan zichzelf wil veranderen en hoe hij verder wil leven.' De man schreef echter niets hierover op. Daarom werd hij flink aangevallen. 'Kan goed glimlachen', schreef één verpleegkundige. 'Verder zie ik je alleen maar een beetje voor je uitkijken.' Een ander probeerde de bewoner te prikkelen tot meer directheid in het contact met anderen. 'Ik vind trouwens dat je wat vreemd reageert', schreef hij in het dossier, 'als je door je vrienden wordt gebeld. Het lijkt me handiger om tijdens het telefoongesprek tegen hen te zeggen wat je van hen denkt ipv als je de hoorn hebt opgelegd'.¹¹²

Passiviteit en ontwijkend gedrag van bewoners wekten geregeld irritatie. De opmerking die een verpleegkundige maakte tegen de eerder genoemde bewoner Henk is typerend. 'Voor mij ben je onbegrijpelijk, Henk', schreef deze verpleegkundige, 'zo'n jonge kerel en dan zo doen. Ik zou hartstikke gek worden.' Het lijkt alsof op Conolly sterk het idee heerste dat achter het gestoorde gedrag, achter het 'masker' van afweermechanismen en spelletjes, een gezonde persoon school die bevrijd kon worden door hem bewust te maken van zichzelf. Wie zich achter zijn masker wenste te blijven verstoppen, koos daar zelf voor. Het drukke gedrag van bewoner Piet, die in paragraaf 3.3 aan de orde kwam, werd veelzeggend bestempeld tot een 'rol' die hij zou spelen. Ook uit opmerkingen in andere dossiers blijkt dat men het als een keuze van de bewoners beschouwde, als ze 'gek' bleven doen. Vanuit die visie was het soms blijkbaar ook moeilijk om te voldoen aan het ideaal van non-directiviteit, dat volgens Bierenbroodspot centraal diende te staan in een TG. Zo stond in één dossier uit de steekproef te lezen dat Boersma een bewoner die zich sterk verweerde aan zijn arm meetrok naar de kelder, om daar mee te doen aan de 'jongerengroep'.¹¹³

Van Florestein schreef in 1976: 'De bewoner verschuilt zich soms achter een ziekte. Wanneer hij dit doet wordt hij er door de behandelaars op gewezen. Hem wordt dan verteld dat hij zich op die manier onttrekt aan de verantwoordelijkheid voor zichzelf en dat hij dan erg onhandig bezig is met zichzelf, omdat hij dan als het ware het heft uit handen geeft en die "zogenaamde" ziekte de baas over hemzelf laat zijn.'¹¹⁴ Zowel Laing en Cooper als Haley waren belangrijke bronnen van inspiratie achter dit idee van de fundamentele keuzevrijheid van mensen, zelfs in hun diepste psychische crisis. Laing zag de waanzin als afweermechanisme. Zo luidde een beroemd citaat van hem: 'De schizofreen steekt dikwijls de gek met zichzelf en met de dokter. Hij speelt dat hij krankzinnig is om te allen koste te vermijden dat hij voor enig coherent idee of oogmerk *verantwoordelijk* gehouden zal worden.'¹¹⁵ Haley, die sterk door Laing was beïnvloed, deelde deze visie op zogenaamde schizofrenie als een façade. Pieter van de Ven, die in 1973 een boek publiceerde over de paradoxale aanpak, beschouwde psychisch lijden als vermijdingsstrategie, die ertoe diende om verandering uit te weg te gaan. 'Mensen dragen soms liever de ellende van deze vermijdingstactieken', schreef hij, 'dan de risico's te lopen die ontstaan wanneer ze hun zaken gaan aanpakken: ze accepteren liever de pijn dan de verantwoordelijkheid.'¹¹⁶

'Verandering' was dan ook het ultieme doel van de behandeling op Conolly, net als in het werk van de therapeuten uit het Palo Alto Research Institute in Amerika. Mensen moesten 'bezig gaan met hun problemen', nagaan hoe ze zich voelden en wat dingen 'voor hen betekenden'. Ze werden gestimuleerd om eerlijk te zijn over hun emoties. 'Wanneer ik met u praat', schreef een verpleegster over een depressieve man, 'heb ik het gevoel dat u erg uw best doet om zo aardig en vriendelijk mogelijk te zijn. Terwijl uw ogen heel andere gevoelens uitstralen.'¹¹⁷ Jezelf zijn en 'goed voor jezelf zorgen' werd juist geprezen. Misprijzend was men over bewoners die bezig waren om afleiding van hun gevoelens te zoeken, die dingen 'buiten zichzelf' plaatsten en alles 'oppervlakkig' hielden. 'Is met van alles bezig behalve met zichzelf', stond er dan bijvoorbeeld in het dossier.¹¹⁸ Soms waren de opmerkingen die door verpleegkundigen werden gemaakt vooral adviserend. 'Als ik met je praat, heb ik het gevoel dat wanneer je het over je zelf hebt je over iemand anders aan het praten bent. Je bent er ook erg handig in om de strijd aan te gaan door middel van woorden. Als je op deze manier met de dingen omgaat houd je de dingen wel buiten jezelf.'¹¹⁹ Andere keren daarentegen waren de verpleegkundige observaties meer provocerend. Henk, de 'oude man', werd een 'slappe zak' genoemd, zoals hierboven al stond beschreven. Tegen een andere bewoner werd opgemerkt: 'Misschien kun je er eens over nadenken, of je de rest van je leven in bed door wil brengen.'¹²⁰

In de beleving van de medewerkers op Conolly was het doel volgens Van Florestein om mensen de ogen te openen over zichzelf. Het streven naar bewustzijnsverruiming vormde volgens hem het centrale thema in de benaderingswijze van Muller, Boersma, Bunt en hemzelf.¹²¹ Een opmerking die tegen bewoner Henk werd gemaakt, kenmerkte dit streven naar bewustzijnsverruiming. 'Wat is ervoor

nodig om jou wakker te krijgen, Henk?', merkte een verpleegkundige ooit verwijfeld tegen hem op. Oosterse filosofie was een belangrijke invloed op Conolly. De notie dat veel mensen in een toestand van verdwazing door het leven gingen was bijvoorbeeld een thema in het denken van de mysticus Ouspensky, die Muller, Boersma, Van Florestein en Bunt graag lasen. Ook volgens Laing verkeerden veel mensen in een toestand van 'slaap, van bewusteloosheid'.¹²² Volgens de Amerikaanse Zen-boeddhist Alan Watts moesten mensen hun angsten onder ogen leren zien. Wie zichzelf toestond om onderdrukte gevoelens bewust te gaan voelen, zou daardoor veel sterker kunnen worden.¹²³ Doel van de behandeling op Conolly was om verdrongen gevoelens bewust te maken en mensen te leren met die gevoelens te leven.

Een anekdote van Bunt lijkt typerend voor het ideaalbeeld dat hulpverleners voor ogen zweefde: de cathartische ervaring. Bunt gebruikte naar eigen zeggen soms 'bewustzijnstrucs' zoals die waren beschreven door de antroposoof Rudolf Steiner. Het idee daarachter was om mensen door middel van kleine veranderingen in hun dagelijkse rituelen op te wekken tot een verhoogd bewustzijn. Bunt vertelde hoe hij zo'n truc toepaste op een obsessief-compulsieve bewoner van Conolly. Hij sprak met deze man af om op een dag met hem samen voor de spiegel te gaan staan. De man moest zich dan gaan scheren, maar niet zoals gewoonlijk van de linkerkant van het gezicht naar de rechterkant, maar andersom. Dit kostte de man aanvankelijk veel moeite, maar hij deed het en het had een louterend effect, aldus Bunt. De dammen braken door bij deze bewoner en al diens ingehouden emoties kwamen naar buiten.

Een gevolg van deze benadering was dat de rol van de persoonlijkheid en inventiviteit van de behandelaars van groot belang was. Zij moesten de bewoner ertoe bewegen om te veranderen. Van Nispen vertelde dat op Conolly 'een haast magisch denken' heerste, in zijn woorden. Hij gaf een voorbeeld: ooit voerde hij een opnamesgesprek met een man. Van Nispen keek de man ondertussen strak aan. In de loop van het gesprek kreeg de man een soort epileptische aanval. Van Nispen: 'Later bleek dat die aanval te maken had met verkeerd medicijngebruik. Maar ik dacht aanvankelijk, dat *ik* die aanval had veroorzaakt doordat ik zo strak naar die man had zitten kijken! Zo was de sfeer op Conolly: het idee heerste dat jij, door je persoonlijkheid en je aanpak een grote invloed kon uitoefenen op mensen.' Bij sommige leden van het behandelteam op Conolly leefde eind jaren zestig een sterke interesse voor mystiek. Muller streek soms de aura's van bewoners en hun familieleden glad tijdens de systeemtherapeutische sessies, vertelde Bunt.¹²⁴

Volgens sommigen bereikte het therapeutisch optimisme op Conolly evenwel in bepaalde gevallen een grens. Enkele verpleegkundigen begonnen zich na 1975 af te vragen of de sterke nadruk die men op Conolly legde op de eigen verantwoordelijkheid van de bewoners wel geschikt was voor iedereen die werd opgenomen. De behandeling was volgens hen te eenzijdig en slechts voor bepaalde patiënten geschikt. Directeur Stein meldde in zijn nieuwjaarstoespraak van 1974 dat

op Conolly de 'ervaringen met de behandeling van minder gemotiveerde jongeren over 't algemeen teleurstellend [waren]'.¹²⁵ Ook de dossiers uit de steekproef gaven soms gevallen te zien waar communiceren met bewoners niet goed mogelijk was omdat ze 'op een totaal andere golfengte zaten', of waar lang maar vruchteloos werd geprobeerd mensen op een ander spoor te zetten en aan zichzelf te laten werken.

DE BELEVING VAN BEWONERS

Hoe de bewoners van Conolly zelf (en hun familieleden) de aanpak daar hebben ervaren, was helaas moeilijk na te gaan.¹²⁶ Wel is in 1978 door twee Utrechtse studenten psychologie een onderzoek gedaan naar de manier waarop 27 ex-bewoners van Conolly, die er in 1974 of 1975 opgenomen waren geweest, deze opname hadden beleefd.¹²⁷ Elf respondenten zeiden de behandeling op Conolly achteraf te beschouwen als zinvol en positief.¹²⁸ Enkelen van hen gaven aan dat ze er blij mee waren dat ze op Conolly hadden geleerd hun gevoelens te uiten, dat ze sinds hun opname beter konden praten met hun gezinsleden en dat ze beter met zichzelf konden omgaan. Volgens één ex-bewoner was zijn verblijf op Conolly een 'keerpunt' geweest in zijn leven. Hij zou nadien nooit meer 'terug kunnen vallen in ongeïnteresseerd leven', zoals hij het uitdrukte.¹²⁹ Vier mensen waren neutraal en zeven ex-bewoners uitten zich ronduit negatief over hun verblijf op Conolly.¹³⁰ Iemand zei dat hij daar erg achteruit was gegaan en zeer mager was geworden. Een ander was naar eigen zeggen op Conolly 'nog meer van slag geraakt'.¹³¹ Sommige mensen hadden klachten over het gebrek aan hygiëne op Conolly en over de onrust op de slaapzalen.

In de dossiers uit de steekproef die voor dit proefschrift is getrokken, staan soms opmerkingen van bewoners vermeld waaruit hun mening over de behandeling kan worden afgeleid. Een aantal patiënten leek zeer tevreden. In 1978 werd een middelbare man opgenomen wegens 'huwelijks- en levensproblematiek met een lichte reactieve depressie'.¹³² Deze directeur van een koelkastenfabriek vond dat er in de zakenwereld geen ruimte was voor gevoelens. Volgens het verpleegrapport wilde hij op Conolly 'met zijn gevoelens in contact komen, zijn eigen 'ik' beter leren kennen en daarvoor hier een ontdekkingsreis beginnen.' Zelf schreef de man in zijn dossier: 'Ik wil verder gaan met het herkennen en beleven van mijn gevoelens. Door ook mijn reacties daarop vast te stellen en te aanvaarden hoop ik mijzelf verder te bevrijden van irrealistische gevoelens en verkrampde uitingen naar mijn omgeving en naar mezelf toe. [...] Ik verwacht hier veel van.' Na enkele weken, waarin hij individuele gesprekken kreeg, echtpaartherapie en groepstherapie in de ouderengroep, vertrok hij naar een klooster. De hulpverleners van Conolly hadden daar een verblijf van twee weken voor hem geregeld.

Ook iemand anders zei veel te hebben gehad aan de gesprekken met hulpverleners op Conolly.¹³³ Eén tevreden bewoner stuurde zelfs een brief naar de *Gekkenkrant*, waarin hij schreef dat de negatieve verhalen over de klinische psychiatrie

die hij in dat blad las, voor hem en de andere patiënten van paviljoen Conolly 'van een andere wereld' leken te komen. In hoeverre de bewoners zeiden wat ze vermoedden dat de verpleging en behandelaars graag hoorden, valt achteraf niet meer te achterhalen. Vaak stonden in de dossiers opmerkingen als: 'Zal proberen zichzelf te zijn. Heeft het gevoel dat hij aan het veranderen is.'¹³⁴ Daaruit zou men kunnen aflezen dat de bewoners goed in de gaten hadden wat de hulpverleners van hen wilden. Slechts af en toe schreven bewoners zelf in hun dossier. Zo schreef een gehuwde man van begin dertig over zijn gezinstherapie: 'Ik werd vanmorgen voor het blok gezet met mijn hele familie in de kelder te komen praten.' Hij was niet blij met dit 'sensationele gebeuren.' Hij schreef: 'Ik voel dit hele gebeuren als iets dat mij wordt opgedrongen, waar ik zelf niet achter sta en waardoor ik zeker zonder voorbereiding in grote moeilijkheden kom. [...] omdat ik mij bij die gelegenheid van een kant moet laten zien waarvan ik niet wil dat ze me kennen.'¹³⁵ Ook een 'jongeman met identiteitsproblematiek', die al vele opnames achter de rug had, vond het therapeutisch klimaat op Conolly duidelijk niet naar wens. Hij weigerde na te denken over wat hij wilde veranderen en hoe hij verder wilde leven. Hij wilde niet praten, maar zichzelf bezighouden met arbeidstherapie, creatieve therapie of bewegingstherapie.¹³⁶ Muller hield hem tijdens een OR voor dat 'het leven niet uit werken alleen' bestond. Al snel vertrok de jongeman naar een opvanghuis van *Release* te Utrecht.

Eén ex-bewoner van Conolly, de 55-jarige Jan Sollie, wilde wel wat vertellen over zijn herinneringen aan die afdeling. Sollie, momenteel woonachtig in een sociowoning op het terrein van psychiatrisch ziekenhuis Brinkgreven, had eveneens weinig zin in de praatcultuur op Conolly. Hij kon zich juist prima vinden in een medische benadering van zijn problemen. Sollie werd in 1966 voor het eerst opgenomen op Conolly. Daarna verbleef hij op vervolgfafdelingen, maar hij keerde geregeld terug naar Conolly wanneer zijn psychische problemen acuut werden. Aan zijn eerste opname bewaarde Sollie enkele positieve herinneringen. Verpleegkundige Van der Woude vond hij erg aardig, evenals psychiater Bezem, met wie hij een gesprek had van drie kwartier. Sollie: 'De dokter legde het helder uit. Ik was op Conolly omdat ik iets had wat mijn eigen huisarts niet kon behandelen: een speciaal soort poliepen en een open huid. De artsen op Brinkgreven hadden daar speciale medicijnen voor.' Sollie herinnerde zich dat dokter Bezem tegen hem zei, dat hij een heel vervelende ziekte had waar je niet zo makkelijk vanaf kwam. Sollie: "'Daar heeft u pech mee gehad", zei Bezem.' Veel praatte Sollie verder niet met de psychiater. 'Waar hadden we over moeten praten?', aldus Sollie. 'M'n jeugd, m'n leven? Nee hoor, ze kon wel willen dat ik daarover praatte, die doktorandus Muller, maar ik had helemaal geen problemen met andere mensen. Ik had m'n poliepen, en daar kreeg ik m'n medicijnen voor.'¹³⁷

Niet alle bewoners waren, zo maakt het verhaal van Sollie duidelijk, blij met het nieuwe sociale model. Anderen waren dat echter wel, zo blijkt uit het onderzoek van de twee psychologen eind jaren zeventig en uit enkele dossiers uit de steekproef. Het is helaas op basis van het beschikbare materiaal niet mogelijk om

nader te bepalen, waarom sommige bewoners de praatcultuur op Conolly al dan niet als zinvol hebben ervaren.

3.6 *Het conflict*

Tijdens een onverwachts bijeengeroepen vergadering in het voorjaar van 1978 deelde de nieuwe afdelingspsychiater Abrahams, die in december 1977 op Conolly was komen werken, het voltallige personeel van die afdeling mee dat vanaf dat moment alles anders zou worden op die afdeling. De directie had bepaald dat Muller en Bunt per direct uit hun functies op Conolly werden ontheven. Ze mochten zich niet meer in of rond het gebouw vertonen. Wel mochten zij hun psychotherapeutische behandelingen voortzetten op de polikliniek. Boersma was al in 1976 weggegaan van Conolly.¹³⁸ Abrahams maakte verder duidelijk dat er voortaan weer een psychiater aan het hoofd zou staan van het behandelteam en dat het uit was met de dominantie van het sociale model. Abrahams werd gesteund door de geneesheer-directeur, psychiater Prins, die ironisch genoeg zelf de veranderingen op Conolly in gang had gezet begin jaren zeventig. In 1977 was Prins Stein opgevolgd, die toen met pensioen ging. Volgens verpleegkundige Johan Koehoorn, die indertijd als hoofdverpleegkundige algemene dienst op Brinkgreven een centrale functie vervulde naast de geneesheer-directeur, had Prins in zijn nieuwe functie snel meer oog gekregen voor de problemen rond Conolly. Als directeur had Prins bovendien nieuwe verantwoordelijkheden.¹³⁹

Een roerige periode volgde. Personeelsleden die loyaal waren gebleven aan Muller en Bunt verzonnen allerlei actieplannen, zoals het storten van mest in het directiegebouw. Een aantal personeelsleden zocht contact met een journalist van weekblad *Vrij Nederland*, die wel een artikel wilde schrijven over deze Dennendal-affaire in de psychiatrie. Uiteindelijk liep het conflict met een sisser af. Er werd tegen acties of media-aandacht besloten, omdat veel medewerkers van Conolly bang waren dat ze niet meer aan een baan konden komen in de psychiatrie als de boel zou escaleren. Dan zouden ze voorgoed het etiket 'radicaal' met zich meedragen, net als de medewerkers van Dennendal. Het verhaal ging dat die moeilijk weer aan de slag waren gekomen in de zorgsector. Veel verpleegkundigen gingen uit protest tegen de excommunicatie van Muller en Bunt in de ziekwet of verlieten Conolly om op vervolgpaviljoen Griesinger te gaan werken – ook Muller en Bunt zouden daar nog korte tijd werken voor ze naar de polikliniek gingen. Veel ex-Conollianen vertrokken uiteindelijk helemaal van Brinkgreven. Alle andere afdelingen kregen een dringend verzoek na te gaan of ze wellicht wat mensen over hadden om in te vallen op Conolly, dat voor een groot deel was leeggelopen. In deze en de komende paragrafen worden enkele achtergronden van de crisis op Conolly nader belicht.

ANTI PSYCHIATERS

Een eerste achtergrond was de vijandige opstelling van het behandelteam op Conolly tegenover psychiaters, die zich in hun visie niet voldoende loyaal opstelden tegenover het sociaal model. Wettelijk gezien moest er een psychiater actief aanwezig zijn op de afdeling, om diagnoses te stellen, de eindverantwoordelijkheid te dragen en de medicijnen voor te schrijven. Prins werkte vanaf 1973 vooral op de polikliniek. Als eerste kandidaat kwam psychiater Wittenberg, een al wat oudere man, in november 1973 op Conolly werken. Boersma: 'In het sollicitatiegesprek had die man gezegd, dat hij helemaal begreep waar wij mee bezig waren en dat hij daaraan mee wou werken. Maar de eerste de beste dag kwam hij met een witte jas aan. Hij zei: "Ik wil graag de ronde doen. Staan de patiënten voor 't bed? En waar zijn de dossiers?" Dus wij zeiden: "De ronde doen? Wij doen hier geen ronde meer, hoor." Nou, toen lag 't conflict er al. Hij liep op hoge poten naar de geneesheer-directeur.'

Volgens Boersma had directeur Stein er wel begrip voor waarom men op Conolly moeite had met deze psychiater. Stein legde Wittenberg nogmaals uit, hoe en waarom men daar volgens moderne inzichten probeerde te werken. Wittenberg weigerde echter de hem vertrouwde manier van werken op te geven en verrok, na ruim een week op Conolly gewerkt te hebben. Koehoorn bevestigde het verhaal van Boersma dat ook de directie weinig geduld had met de starre houding van Wittenberg. Hij noemt diens benoeming een 'miskleun'. Koehoorn: 'Wittenberg kwam bij ons klagen dat hij op Conolly niet kon zien wie verpleegkundige was en wie patiënt, omdat niemand meer een uniform droeg. Dat is toch juist mooi, zeiden wij dan. Maar hij wilde alles weer bij het oude. Ik ben nog wel naar Conolly toegeweest en heb gezegd: "Kunnen jullie die man toch niet een klein beetje tegemoet komen – psychiaters zijn al zo schaars." Ik dacht: als hij naar maar gewoon zorgt dat die medicijnen er op een goede manier komen, dan doen de psycholoog en de anderen de rest wel. Maar het ging niet.' In het nieuwjaarsverslag over 1973, dat fungeerde als jaarverslag, besloot directeur Stein: 'Tot onze spijt bleek echter al spoedig, dat hij [Wittenberg, G.B.] zich aan de bij ons gevormde wijze van werken en uiteraard speciaal zoals dat momenteel op paviljoen Conolly gebeurt, niet kon aanpassen.'¹⁴⁰

Begin 1974 kwam een jongere psychiater werken op Conolly: Paul Hendrickx. Hij was in 1971 afgestudeerd als psychiater. Ook tussen hem en het Conolly-team liep de samenwerking spaak. De directie van Brinkgreven stelde dat Hendrickx 'op hardhandige wijze stukgemaakt' was op Conolly.¹⁴¹ Volgens Boersma werkte Hendrickx te veel vanuit het medisch model. Boersma: 'Hendrickx vond dat wij geen goede diagnostiek bedreven. Wij zeiden: "Dat doen wij hier ook niet. Jij mag best dat etiketje geven en dat in iemands dossier schrijven. Maar verder doen we daar niks mee. En het voorschrijven van medicatie gaat hier in overleg. Dat moet met de mensen besproken worden tijdens het Open Rapport. Het is niet zo dat jij eenzijdig pillen kan opleggen.' Volgens Boersma was de situatie geëscaleerd

toen Hendrickx met elektroshocks wilde gaan werken. Boersma: 'Ik zei tegen hem: "Heb jij konijnen thuis?" "Ja, zegt hij." "Nou", zeg ik, "ga het daar dan maar op proberen."' Dit verhaal groeide uit tot een legendarische Conolly-anekdote.

Hendrickx zelf noemde het achteraf typerend voor de gepolariseerde mentaliteit op Conolly dat hij door een opmerking over elektroshocks als mogelijk geschikte behandelvorm voor een bepaald type patiënten meteen als vertegenwoordiger van het 'medische model' werd neergezet. Hij betoogde dat hij zich vooraf best kon vinden in de werkwijze die gepraktiseerd werd op Conolly. Volgens hem was het zeker niet zo dat hij daar simpelweg ging werken om een medisch model in te voeren. Hendrickx, terugkijkend: 'In mijn opleidingsperiode werden de sociogenetische aspecten van bijvoorbeeld schizofrenie ook sterk benadrukt. Zo heb ik gewerkt op de prof.dr. H.C. Rümke-kliniek in Utrecht, waar sociotherapie een belangrijk therapeutisch instrument was bij de behandeling en resocialisatie van patiënten met een schizofrene aandoening.' Met gezins- en relatietherapie hield Hendrickx zich sinds zijn opleiding intensief bezig. 'Ik had nogal wat ervaring met deze behandelvorm', aldus Hendrickx, 'en zij heeft steeds mijn grote belangstelling gehouden.'¹⁴²

Echter, Hendrickx was naar eigen zeggen opgeleid met het idee dat in de psychiatrie gezocht diende te worden naar een optimale integratie van de biologisch-medische, psychische en sociale aspecten, voor zover deze een rol speelden bij psychiatrische aandoeningen. Die integratie vond te weinig plaats op Conolly, meende hij. Na enige tijd kwam een moment waarop Hendrickx de werkwijze op deze afdeling niet langer kon verantwoorden. 'Daarmee bedoel ik', zo lichtte hij toe, 'dat er gebeurtenissen plaatsvonden die vroegen om een kritische evaluatie van het gevoerde beleid.' Omdat Hendrickx de eindverantwoordelijke was op de afdeling voor diagnostiek en behandeling, rekende hij kritische evaluatie van het therapeutische beleid tot een zeer belangrijk hulpmiddel om aan deze eindverantwoordelijkheid vorm te geven. Aangezien deze evaluatie volgens Hendrickx te gebrekkig mogelijk was, bijvoorbeeld ten aanzien van een geval van suïcide, is hij op een gegeven moment naar de geneesheer-directeur gestapt om zijn ernstige bedenkingen kenbaar te maken. Dit met de intentie dat er een in zijn ogen te verantwoorden psychiatrisch beleid op Conolly zou komen. Na een aantal gesprekken met belanghebbenden was men elkaar evenwel niet nader gekomen. Hendrickx werd daarna door de directie op een andere werkplek binnen Brinkgreven geplaatst. Enkele maanden later nam hij elders een functie aan die beter paste in zijn verdere beroepsplanning.

Na het vertrek van Hendrickx brak een lange periode aan waarin de medewerkers van Conolly zonder afdelingspsychiater konden werken. Wel waren er psychiaters-in-opleiding werkzaam op Conolly, zoals Van Florestein. Die kon zich prima vinden in de werkwijze op Conolly en werd een actief lid van het behandelteam. Ook Van Nispen sympathiseerde sterk met de werkwijze. Met Van Florestein en Van Nispen ontstonden geen conflicten, allereerst omdat beiden geïnteresseerd waren in de benadering op Conolly en waarschijnlijk ook omdat ze rela-

tief onervaren waren en er geen probleem mee hadden zich als leerling op te stellen. 'Eigenlijk', meende Van Nispen terugkijkend, 'verschilde onze rol op Conolly niet zo veel van die van ambitieuze verpleegkundigen, die daar net zo goed werden opgeleid in de gezinstherapie en dat hele systeemdenken eromheen.'¹⁴³ Prins bemoeide zich weinig met hun opleiding, vertellen Van Nispen en Van Florestein. Zij werden in feite opgeleid door Boersma en Muller. Met name Muller vulde door haar enthousiasme, ambitie en charismatische persoonlijkheid een centrale rol op Conolly.

VERPLEEGKUNDIGE IDENTITEIT ALS PUNT VAN CONFLICT

Na het vertrek van Hendrickx werd de opstelling vanuit de directie jegens Conolly gaandeweg minder ondersteunend, al zou het nog tot 1978 duren voor men actief ingreep. Ook een andere factor speelde mee in het conflict dat in 1978 zou uitbarsten. In de loop der jaren was er langzaam tweespalt gegroeid onder de verpleging op Conolly – tweespalt waarvan de directie handig gebruik kon maken. De punten waarop deze verdeeldheid betrekking had waren in 1974 reeds gesignaleerd door de socioloog Bambang Oetomo, die sinds het begin van de jaren zeventig werkzaam was op Brinkgreven als organisatiesocioloog en adviseur van de directie. Tijdens het conflict tussen Conolly en Hendrickx werd Bambang Oetomo gevraagd een rapport te schrijven over de gang van zaken op Conolly. Bambang Oetomo gaf in dit rapport blijk van waardering voor de vernieuwende werkwijze op deze afdeling: 'Voorzover ik andere opnameafdelingen buiten dit ziekenhuis in actie gezien heb, vind ik, dat er op Conolly – wanneer de patiënt gemotiveerd is – meer aan zijn wezenlijke problemen wordt gewerkt dan elders.'¹⁴⁴

Hij had echter ook kritiek. Wat deed men op Conolly, zo vroeg hij zich af, met ongemotiveerde patiënten? Het werken met paradoxen vond hij verder te 'manipulerend, te technisch, te objectiverend en kil.' Hij miste 'warmte' in de interactie tussen verpleging en patiënten. Daarbij vond hij dat er sprake was van schijn-democratie en schijnopenheid. Tijdens de vergaderingen voor het personeel was er een groot aantal 'zwijgers en toehoorders', hetgeen volgens de socioloog wellicht kwam 'doordat velen weerhouden worden iets te zeggen vanuit de ervaring "gesprekstechnisch doodgeluld" te kunnen worden.'¹⁴⁵ Ook tijdens de Open Rapporten kwamen de meeste verpleegkundigen nauwelijks aan het woord. Het hiërarchisch systeem bleef duidelijk merkbaar, meende Bambang Oetomo.

Op 25 mei 1977 schreef een groep verpleegkundigen van Conolly een brief aan de directie, waarin zij zich beklaagden over de gang van zaken op deze afdeling. Onder hen was Van der Woude, eerste verpleegkundige op Conolly Beneden. Bij hem was, na een voorzichtig optimisme begin jaren zeventig, sterke kritiek gegroeid op de gang van zaken op Conolly. Zo vond hij de paradoxale behandeling schadelijke onzin. 'Er was ooit een vrouw wier man zwaar depressief was', aldus

Van der Woude. 'Die man wilde dood. Op een dag kwam die vrouw, na een gezinsgesprek in de kelder, huilend op de afdeling. Ze vertelde dat ze opdracht had gekregen de begrafenis van haar man vast te regelen. En samen met hem z'n testament op te stellen. Die vrouw was totaal overstuurd en snapte er niets van.' Ook vond hij dat tijdens de Open Rapporten de privacy van de bewoners te zeer werd aangetast, doordat mensen zeer persoonlijke zaken in de groep moesten bespreken. Verder vond hij dat de sfeer op Conolly iets sektarisch kreeg. Van der Woude: 'Elke ochtend doken ze met z'n allen die kelder in en dan hoorde je daar oosterse klanken uit opklinken.'

In 1977 was het tij echter aan het keren, ten gunste van critici als Van der Woude. De interne kritiek op Conolly groeide. In april 1977 zette verpleegkundig directeur Koehoorn een aantal klachten op een rijtje, die volgens hem leefden onder een deel van het personeel op Conolly. Men vond de Conolly-methode 'weinig humaan, erg kil en koud'. Daarbij zou het behandelteam zich autoritair opstellen. 'Over meningsverschillen', schreef Koehoorn, 'kunnen zij [Muller en Bunt, G.B.] eigenlijk niet praten, want dan wordt al gauw gezegd: als je een andere opvatting hebt, moet je maar een poosje in de kelder komen (wat betekent: dan zullen we je zo met de theorie om de oren slaan, dat je het wel met ons eens bent), anders moet je maar vertrekken.'¹⁴⁶ De brief van 25 mei was mede ondertekend door mensen die aanvankelijk wel enthousiast waren geweest over de nieuwe koers op Conolly, maar twijfels hadden gekregen, zoals Wielhouwer en Alex Bredewold.¹⁴⁷ De klachten van deze verpleegkundigen leken in veel opzichten op de kritiekpunten die Bambang Oetomo drie jaar eerder naar voren bracht.

Ze schreven over 'de strakke wijze waarop het communicatie model door het team wordt gehanteerd.' Volgens de briefschrijvers werd op Conolly 'niet patiënt gericht behandeld, maar een model toegepast waar de patiënt zich aan moet onderwerpen.' Op de paradoxale aanpak had men ook kritiek. Er zou vaak op een te hoog niveau met de patiënten gepraat worden en er was een gebrek aan relatie met de patiënt, 'waardoor het zijn doel mist en het geheel kil en objectief wordt.' Ook werd volgens hen te veel tegenover de patiënten geschermd met: 'dit is jouw keus, jouw verantwoordelijkheid'. Bredewold beweerde achteraf: 'Partners van patiënten, of moeders, die werden soms echt onaardig behandeld. Daar werd gewoon de schuld gelegd. Ze hadden de opvoeding niet goed gedaan, qua verwachtingspatroon naar het kind toe. Elke zin, elke oogopslag, elk verbaal of non-verbaal contact van ouder naar kind kreeg een betekenis in zo'n setting. En dat kwam op die mensen bedreigend over. Ik vond dát weer onmenselijk.'

Door de behandelinhoudelijke conflicten heen speelden ook conflicten een rol onder het verpleegkundig personeel over hun beroepsidentiteit. Sommige verpleegkundigen konden zich helemaal vinden in de nieuwe rol als psychotherapeutisch behandelaar, anderen minder. Wielhouwer: 'Eerst waren we de verlengde arm van de psychiater. En nu werden we de verlengde arm van de psycholoog! We moesten een eigen, verpleegkundige identiteit zien te vinden, vond ik.' Ook in de brief van 25 mei 1977, geschreven door de groep verpleegkundigen die zich

niet langer kon verenigen met de handelwijze van het behandelteam, schreef men: 'In de roes van het succes zagen wij niet dat door de systeemtheorieën onze verpleegkundige inbreng steeds minder werd. [...] Langzamerhand rezen [...] steeds meer vraagtekens [...] moesten wij psycholoogjes worden?'

Bunt bevestigde dat de verpleegkundige identiteit indertijd een punt van conflict was. Hijzelf koos duidelijk voor de therapeutische richting. Bunt volgde bijvoorbeeld, op aanraden van directeur Stein, een cursus aan de Interactie Academie in Leuven: een opleidingsinstituut dat was gespecialiseerd in de transactionele analyse à la Eric Berne en de communicatietheorieën uit de Palo Alto-school. Bunt ging dus meer de richting op van de verpleegkundige als behandelaar, oftewel sociotherapeut, zoals de therapeutisch ingestelde verpleegkundige in een therapeutische gemeenschap ging heten. Wielhouwer ging echter een opleiding volgen tot verpleegkundig docent en kwam terecht in de richting in de verpleegkunde die ging pleiten voor een heel eigen, verpleegkundige identiteit. Als alle verpleegkundigen gingen lijken op therapeuten of hulpjes van de therapeut, dan verdween de psychiatrisch verpleegkundige uit zicht, vond hij, en directeur Johan Koehoorn met hem.

Daarbij was sprake van een strijd om de macht op de afdeling tussen de verpleegkundigen en de psycholoog. Wielhouwer lichtte dit punt toe: 'Ik was in die tijd hoofdverpleegkundige geworden op Conolly, als opvolger van Boersma die in 1976 vertrok naar de opleiding voor sociaal-psychiatrische verpleegkunde. Met het hele gebeuren in de kelder bemoeide ik me na die begintijd steeds minder. Ik had constant conflicten met Muller over wie de zeggenschap had over het verpleegkundig personeel. Bunt was nog steeds eerste verpleegkundige op Conolly Boven en ik wilde ook dat hij daar zou werken. Maar hij zat steeds in de kelder en andere verpleegkundigen soms ook. Dan had iemand dienst en dan verdween hij of zij een middag de kelder in, voor wat bijscholing. En dan zat ik met een personeelslid minder op de afdeling.' Kortom, de neuzen stonden niet langer allemaal dezelfde kant op, zoals in het optimistische begin van de nieuwe therapeutische cultuur op Conolly. De kongsi tussen verpleegkundigen en psycholoog, die beiden bezig waren aan een emancipatieproces, begon tekenen van erosie te vertonen.

MOEIZAME RELATIES MET DE BUITENWACHT

De relaties met verwijzers, schreef Muller in 1976, 'zijn aan schommelingen onderhevig.'¹⁴⁸ Dat kwam volgens haar omdat huisartsen, sociaal-psychiatrische diensten en algemene ziekenhuizen nog werkten volgens het 'intra-individuele ziektebeeld.' Gezinsleden probeerden vaak onder de gezinstherapie uit te komen en richtten zich tot de huisartsen of ambulante hulpverleners voor steun hierbij, aldus Muller. 'Wanneer de verwijzers daar dan aan meewerken is het pathologische systeem gesloten en kan dat zodoende blijven bestaan.' Van Florestein gaf een aantal concrete voorbeelden van conflictsituaties met de buitenwacht. Zo

werd een man opgenomen wegens zwerfneigingen ofwel 'poriomanie, een mooi woord om dit gedrag te "vermediseren", aldus Van Florestein.¹⁴⁹ De man sliep vaak in hotels, zonder te betalen. Het team op Conolly liet de aanvraag tot inbewaringstelling niet bekrachtigen. 'Wij vonden hem geen gevaar voor zichzelf', in de woorden van Van Florestein. 'Als iemand wil zwerven is dat zijn keuze, als iemand zijn hotelrekeningen niet betaalt hoeft hij onzes inziens niet gek te zijn; wat onaangepast gekleed is weet ik niet, iedereen heeft zijn eigen normen.' De reden dat om een opname verzocht werd, was volgens het Conolly-team vooral dat de vader geen zin meer had de hotelrekeningen van zijn zoon te betalen. De weigering van Conolly om de man op te nemen, leidde tot grote ergernis bij de sociaal-psychiatrische dienst en de huisarts. Op Conolly koos men, zo besloot Van Florestein, 'voor het belang van de bewoner.' Dit impliceerde dat men niet als 'sociaal controle-apparaat' functioneerde.¹⁵⁰

Dergelijke conflicten met familie en verwijzers vergrootten de druk op de directie om iets te doen aan de situatie op Conolly, beaamde Koehoorn. Hij lichtte toe: 'Het probleem was dat Conolly zich gedroeg als therapeutische gemeenschap. De behandelaars in TG's hanteren selectieve opnamecriteria, waarbij gemotiveerd zijn voor de behandeling een belangrijke rol speelt. Op Conolly begon men hetzelfde te doen en dat kon natuurlijk niet op een opnameafdeling. Die heeft tot taak om iedereen op te nemen.' De opnamefunctie van Brinkgreven kwam kortom door de aanpak op Conolly in het geding en de directie kreeg te maken met boze huisartsen en familieleden, die geregeld belden om hierover te klagen.

DE UITBARSTING

De irritatie van de directie over Conolly was in 1976 reeds hoog opgelopen. 'De groep van Conolly stelt zich al jarenlang in dit huis op, alsof zij degenen zijn die het weten en kunnen en de anderen alleen maar klungels zijn', vond directeur Stein in maart 1976.¹⁵¹ Het ging Stein niet om de 'afwijkende werkwijze' op Conolly – daar had hij naar eigen zeggen waardering voor. Hij stoorde zich aan de attitude van de hulpverleners op Conolly, de 'tartende toon' van hun brieven en hun arrogante gedrag, 'alsof ze buiten de wet vallen' in de woorden van Stein. Besloten werd om Muller, Boersma en Prins binnenkort mee te delen 'dat er toch weer een psychiater moet komen' en dat zij zich door hun wijze van presenteren zowel binnen als buiten Brinkgreven 'buiten spel zetten.'

Vervolgens begon een periode van overleg tussen Conolly en de directie. Het Conolly-team werd uitgenodigd zijn visie en werkwijze op papier te zetten – dat was geen probleem, want in deze periode was men ook bezig met het schrijven van het 'grote Conolly boek', dat in 1977 verscheen. De auteurs waren Muller, Boersma, Prins en Van Florestein. De reacties waren overwegend gunstig. Het Conolly-boek kreeg een uitgebreide positieve bespreking in dagblad *Trouw*.¹⁵² Psychiater Kees Trimbos, aan wie het manuscript ook was toegestuurd, schreef

het team een bemoedigende brief.¹⁵³ Hij meende dat het op Conolly ging om 'een interessant experiment met hoopvolle uitzichten op een nieuwe vorm van inrichtingspsychiatrie.' Inmiddels bezon de directie van Brinkgreven zich op de juiste toonzetting van een advertentie voor de nieuwe psychiater. Ook Muller werd om haar mening gevraagd. Zij waarschuwde ervoor dat een psychiater als hoofd van Conolly mogelijk weer tot conflicten zou leiden wanneer deze zich niet kon verenigen met de Conolly-werkwijze.¹⁵⁴ Muller vond ook dat men niet op zoek hoefde naar een psychiater voor 'observatie', want op Conolly begon men meteen met behandelen. Medische observatie was niet nodig. Conolly was een behandelinstituut en men wenste niet te werken in een medisch gedomineerd behandelteam.¹⁵⁵

Neuroloog G. Vermeij, werkzaam op Brinkgreven, trad hierover met Muller in discussie. Medische observatie moest wél de eerste fase van de opname uitmaken, vond hij. Er moest worden bekeken welke medicijnen mensen nodig hadden en of ze misschien leden aan symptomen die hen 'verhinderen actief deel te nemen aan welke vorm van psychotherapie dan ook', zoals een verslaving, motorische onrust, grootheidswanen of spreekdrang, de stupor van de vitale depressie, de katatone of paranoïde afweer van de depressie'.¹⁵⁶ Muller legde uit, dat men op Conolly werkte vanuit een 'system-centered' benadering, waarbij de patiënt als signaalgever van het gezinssysteem werd gezien. De ervaring van jaren had geleerd dat de 'symptomen van de patiënt uiterst functioneel zijn in een pathologisch gezin.' Juist rond de opname was de gezinspathologie het best te observeren, meende zij. Bij de gezinssprekken die dan werden gevoerd, moest de patiënt ook aanwezig zijn, al was hij 'duf, verward, motorisch onrustig etc.' Er vond dus zeker observatie plaats in het begin van de opname, maar het was observatie van het systeem, niet van het individu. Vandaar, besloot ze, haar bezwaar tegen het woord observatie, zonder nadere uitleg, in de advertentie.¹⁵⁷

Pas eind 1977 had men blijkbaar overeenstemming bereikt over de advertentietekst en vond men weer een nieuwe psychiater voor Conolly, de eerder genoemde Abrahams.¹⁵⁸ Tussen deze nieuwe psychiater, die uiteindelijk in december 1977 aantrad, en het team van Conolly boterde het weer niet erg. Abrahams, herinnert Van der Woude zich, nam op een gegeven moment zijn toevlucht tot een kamer in een gebouwtje midden op het terrein van Brinkgreven, weg van Conolly. Van der Woude: 'Ik kwam daar een keer bij hem langs, toen hingen er allemaal vellen aan de muur: een strategie in stappen om de boel op Conolly te veranderen. Hij bereidde vanuit dat kamertje de contrarevolutie voor.' Die lukte dus. Doorslaggevend was dit keer dat de directie bereid bleek Abrahams te steunen met harde maatregelen. Op een dag nam Abrahams alle patiëntendossiers plotseling mee naar zijn kamer, zodat de Open Rapporten de volgende dagen niet door konden gaan. In plaats van de Open Rapporten werd de fatale vergadering bijeengeroepen waarop Abrahams, geflankeerd door Prins, aankondigde dat Muller en Bunt uit hun functies op Conolly werden ontheven, dat de Open Rapporten werden afgeschaft en dat de psychiatrische autoriteit op de afdeling zou worden hersteld.

Boze brieven aan het bestuur en de directie van Brinkgreven, geschreven door

respectievelijk Boersma, Muller, Bunt, Van Florestein, Van Nispen en een groep verpleegkundigen die bleven sympathiseren met Conolly, mochten niet baten. Van Nispen schreef verontwaardigd in zijn brief: 'De in een psychiatrisch ziekenhuis opgenomen mens wordt weer teruggebracht tot de zieke, die beter gemaakt moet worden en dit doet de dokter, die bovendien bepaalt wanneer je genezen bent of niet. De sterke kant van Conolly was dat de mens geleerd werd de verborgen kracht achter zijn geestestoestand te ontdekken [...]. Hij werd één van de belangrijkste behandelaars, voor zichzelf.'¹⁵⁹ Bredewold en Van der Woude stonden samen voor de taak het leeggelopen Conolly draaiende te houden. Bredewold: 'Het was een vreemde situatie. Ik was een man van de Pacifistisch-Socialistische Partij en hij was van de vvd. Op Conolly hadden we tot twee verschillende werelden behoord. Maar samen hebben we wel de rommel opgeruimd. Dat creëerde een band.' Op een gegeven moment werd Conolly Boven gesloten, wegens personeelsgebrek. De patiënten gingen deels naar andere paviljoens, deels naar beneden. Het personeel ging ook mee naar beneden, en dat was hard nodig. Drukke tijden braken aan voor de overgebleven werknemers.

Dan waren er nog de naweeën van de crisis. Niet al het personeel dat met Conolly was blijven sympathiseren, was meteen weg. Van der Woude is het eerst overspannen geraakt. 'Het was vreselijk', vertelt hij. 'Ik zat zo met die situatie op het werk in mijn hoofd dat als ik een boodschapje ging doen, het hoofd van het kassameisje pardoes veranderde in het hoofd van Muller, of Boersma.' Daarna knapte Bredewold af. Hij vertelde: 'Ik was inmiddels hoofdverpleegkundige geworden en liep op een gegeven moment van half zeven 's ochtends tot half twaalf 's avonds op de afdeling. Het was een verlaten schip qua personeel, maar patiënten waren er nog wel. Sommige verpleegkundigen die er nog steeds werkten, traineerden mij behoorlijk. Waarom doe je dit, zeiden ze. Waarom kies je hiervoor. Het was heel emotioneel. Die vijandschap, en ook je eigen geweten.'

Bunt en Muller werkten inmiddels tijdelijk op paviljoen Griesinger, samen met enkele verpleegkundigen die ook van Conolly kwamen. Tot deze tussenoplossing was na overleg met de directie besloten. Enkele medewerkers van Griesinger hadden sympathie en bewondering voor de wijze van werken op Conolly en ontvingen de medewerkers van die afdeling graag. Op een gegeven moment vertrokken Bunt en Muller echter alsnog naar de polikliniek, waar Muller heeft gewerkt tot haar dood in 1986. Bunt was al eerder weggegaan van Brinkgreven, naar de verslavingszorg.

3.7 Conclusie

De revolutie die het nieuwe behandelteam van Conolly nastreefde, was niet gelukt. Alhoewel men, zo blijkt uit de dossiers en ander bronnenmateriaal, in de praktijk pragmatisch omging met medicatie, wilde men op deze afdeling een heel nieuwe, 'sociale' benadering van geestesziekte en psychiatrie vestigen, die in de

behandelpraktijk vooral bestond uit groeps- en systeemtherapie. Er bestonden geen zieke mensen, alleen zieke systemen. Aanvankelijk was er onder het personeel op Conolly brede steun voor de vernieuwingen. De achterliggende idealen van vrijheid, gelijkheid en openheid spraken veel verpleegkundigen zeer aan, niet alleen omdat sommigen van hen zich indertijd zelf in een proces bevonden waarin losmaking en emotionele openheid centraal stonden maar ook omdat er al eerder verzet heerste op Conolly tegen het medische karakter van de psychiatrische zorg.

Al rond 1960 leefde daar weerzin tegen de bijwerkingen van psychofarmaca en deden verpleegkundigen pogingen om meer persoonlijk contact te krijgen met de patiënten, zoals ze toen nog werden genoemd. Ook was er al vanaf de jaren vijftig sprake van belangstelling voor een intermenselijk perspectief op geestesziekte. Echter, het psychotherapeutisch optimisme van Van Rhijn en zijn LSD-therapie beperkte zich tot de behandeling van neurotische patiënten, zoals hij ze zelf noemde. Voor mensen met schizofrenie was een behandeling met LSD volgens Van Rhijn niet geschikt. Een dergelijk onderscheid zouden de vernieuwingsgezinde hulpverleners van de jaren zeventig niet langer maken. De psychotherapeutische benadering van Van Rhijn was bovendien vooral op individuen gericht, terwijl de intermenselijke systeemtherapie van de jaren zeventig ook de gezinsleden rond de bewoners bij de behandeling probeerde te betrekken.

Bovendien waren de gezagsverhoudingen op de afdeling nog tot het einde van de jaren zestig, ondanks vooruitstrevende experimenten als de LSD-therapie, zeer traditioneel. In de jaren vijftig werd nog vaak gewerkt met de braakspuit, die werd ingezet als strafmiddel, en eind jaren zestig werd nog volop 'geschokt' op Conolly. Beide activiteiten zouden door hervormers uit de jaren zeventig worden verketterd. In veel opzichten waren de veranderingen begin jaren zeventig dus inderdaad revolutionair: er ontstond een multidisciplinaire samenwerking, verpleegkundigen werden veel meer betrokken bij de behandeling van de bewoners dan voorheen, de nadruk op orde en hygiëne verminderde sterk en het psychotherapeutisch optimisme was groter dan ooit tevoren.

Echter, volgens sommige verpleegkundigen op Conolly werden de idealen van vrijheid, gelijkheid en openheid in de praktijk niet voldoende gerealiseerd. Er zou sprake zijn van een schijn gelijkheid, terwijl in de praktijk het behandelteam bepaalde wat er gebeurde. De openheid en gelijkheid zouden te lijden hebben onder de 'kille' bejegening van bewoners en hun familieleden en van psychiaters die het niet eens waren met de aanpak van het behandelteam. Een meer persoonlijke en gelijkwaardige omgang met bewoners was het oorspronkelijke doel geweest van de hervormingen. Juist dit doel raakte uit zicht door de radicalisering van de directief-psychotherapeutische benadering, meenden sommige verpleegkundigen. Daarbij was de democratische en multidisciplinaire aanpak op Conolly verder niet gestoeld op duidelijke machtsverhoudingen en taakverdelingen – afwezigheid daarvan werd juist bepleit. Dat leidde in de praktijk tot een informeel maar sterk leiderschap van met name psychologe Muller en tot conflicten en verwar-

ring over de bevoegdheden van personeelsleden op Conolly. Van vrijheid voor bewoners en personeel zou ten slotte onvoldoende sprake zijn, omdat iedereen zich moest inpassen in het systeemdenken en er geen ruimte zou zijn voor kritiek.

Bovendien leidde het protest van het behandelteam tegen de 'sociale controlefunctie' van de klinische psychiatrie tot een aantasting van de opnamefunctie van de klinische psychiatrie. Dit bracht grote problemen met zich mee in de relatie met de buitenwacht en ook in die met de directie. Die was, alhoewel ze de vernieuwingen op Conolly aanvankelijk van harte had gesteund, uiteindelijk toch van mening dat de opvangmogelijkheid van psychiatrisch ziekenhuis Brinkgreven 'aselect' diende te blijven. Tot slot botste het therapeutisch optimisme van de behandelaars op Conolly waarschijnlijk ook op de weerbarstige realiteit van psychische problematiek.

In de volgende hoofdstukken zal de gang van zaken op Conolly allereerst in de context worden geplaatst van de gebeurtenissen in de rest van psychiatrisch ziekenhuis Brinkgreven, en vervolgens in die van de ontwikkelingen in de rest van de Nederlandse intramurale psychiatrie. Hoe bijzonder waren de gebeurtenissen op Conolly, gezien in het licht van het therapeutisch klimaat in de Nederlandse inrichtingen in de jaren zeventig?

