



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.

Van asiel tot revalidatiecentrum

Vernieuwingsdrang in psychiatrisch ziekenhuis Brinkgreven sinds 1962

In 1976 schreef psychologe Riet Muller dat Conolly binnen psychiatrisch ziekenhuis Brinkgreven 'de rol van het zwarte schaap' had gekregen. Het team van Conolly had deze rol volgens haar soms ook bewust onderhouden, 'omdat het zwarte schaap er nu eenmaal moet zijn om veranderingen op gang te kunnen krijgen.'¹ Muller bemerkte vanuit de andere afdelingen 'afweer en jaloezie'. Ook had de directie van Brinkgreven volgens haar te weinig waardering voor de enorme inspanning die de hulpverleners op Conolly leverden, door zoveel gezins- en relatietherapieën te geven, alsmede groepstherapieën en Open Rapport-besprekingen. Muller betreurde het bovendien dat buiten Conolly niemand nog de 'gedachtensprong naar het systeem-denken' had gemaakt. Vernieuwingen op andere paviljoens noemde ze schijnvernieuwingen. Praten met gezinnen over een patiënt noemde men bijvoorbeeld ten onrechte gezinstherapie. Muller vond het jammer dat het systeemdenken niet breder geaccepteerd was geraakt, want dan zouden volgens haar veel meer mensen Brinkgreven genezen kunnen verlaten. 'Onze ervaring', besloot ze optimistisch, 'is dat tien tot twaalf zittingen nodig zijn om [...] optimale veranderingen te kunnen bereiken.'²

Het behandelteam op Conolly had het gevoel dat hun werkwijze heel anders en ook veel beter was dan die op andere paviljoens. De buitenwacht kreeg de indruk dat men op Conolly stevig had moeten vechten tegen behoudzuchtige kaders om hun nieuwe inzichten in de praktijk te kunnen gaan toepassen. Zo schreef een recensent in het *Maandblad voor Geestelijke volksgezondheid* over het boek van Boersma, Muller, Prins en Van Florestein, *Conolly 1969-1976*, het volgende: 'Het moet van de stafleden die de veranderingen instigeerden en doorvoerden heel wat inzet, moed en overtuigingskracht gevraagd hebben om de consequenties van hun manier van denken in de praktijk doorgevoerd te krijgen.'³ Ook kwam een aantal redactieleden van de *Gekkenkrant* op bezoek op Conolly Boven. Ze schreven een positief stuk over deze afdeling. In een naschrift dat bij dit stuk werd geplaatst, benadrukte het behandelteam van Conolly nogmaals zijn bijzondere positie binnen het Deventer psychiatrisch ziekenhuis. 'Wij zijn maar een

klein deel van het totale Brinkgreven', schreef men. 'Op andere paviljoens wordt op een andere manier gewerkt. Het stuk gaat dus echt alleen over Conolly.'⁴

In dit hoofdstuk worden de gebeurtenissen op Conolly geplaatst in de context van de ontwikkelingen in heel psychiatrisch ziekenhuis Brinkgreven tijdens de jaren zestig en zeventig. In welke opzichten was de gang van zaken op Conolly inderdaad zo uitzonderlijk als men het zelf graag voorstelde? Hoe marginaal dan wel wijdverbreid was de kritiek op het medisch model binnen Brinkgreven en in hoeverre hadden de hulpverleners op Conolly moeten vechten tegen behoudzuchtige kaders om hun inzichten in de praktijk door te mogen voeren?

4.1 Brinkgreven als behandelcentrum

Eind jaren zeventig werd de staat van de paviljoens op Brinkgreven door het landelijke College voor Ziekenhuisvoorzieningen beoordeeld als overwegend slecht.⁵ Plannen voor ingrijpende nieuwbouw bestonden al sinds de jaren zestig, maar zouden pas in de loop van de jaren tachtig worden gerealiseerd. Op de student psychologie Peter Spruit, die in 1975 stage kwam lopen op Conolly (zie het vorige hoofdstuk), maakte psychiatrisch ziekenhuis Brinkgreven de indruk van 'een beschermd, anachronisties sprookjespark.'⁶ De zeven los van elkaar staande paviljoens waren hoge en statige gebouwen van gele baksteen afgezet met rood. Ze stamden uit de periode rond 1900.⁷ Het inrichtingsterrein was groen en uitgestrekt, met veel bomen en gazons. Brinkgreven was landelijk gelegen te midden van bossen, akkerland en weilanden.⁸

Ondanks het statische en traditionele uiterlijk van het psychiatrisch ziekenhuis was er in Brinkgreven al sinds de vroege jaren zestig sprake van een sterke vernieuwingsdrang. De motor hierachter was psychiater Rudolf Stein, die in 1962 op Brinkgreven in dienst trad als geneesheer-directeur. Zoals het personeel al snel zou merken, was het Steins wens om Brinkgreven drastisch te hervormen. Stein had een afkeer van het massale karakter van het inrichtingsbestaan. 'We vinden de afdelingen veel te groot, ze herbergen vaak wel zestig patiënten tegelijk', schreef Stein in 1964. 'De mens wordt op deze manier gereduceerd tot de status van een kuddedier, beroofd van ieder gevoel van privacy.'⁹ Stein maakte zich er bovendien zorgen over dat Brinkgreven dreigde te vergrijzen vanwege het grote 'residu van patiënten uit de voorbije periode'.

Volgens Stein moest Brinkgreven van een bewaarplaats voor zieke mensen worden omgevormd tot een therapeutische gemeenschap ofwel behandelcentrum, waar behandeling en resocialisatie centraal zouden staan. Menselijke relaties dienden optimaal te worden benut als therapeutisch instrument en zowel de patiënten als het personeel moest actiever ingeschakeld worden in de gang van zaken op de afdelingen. Stein bepleitte een multidisciplinaire aanpak van de psychiatrische hulpverlening, zoals die volgens hem destijds reeds te vinden was in instellingen als Medisch Opvoedkundige Bureau's (MOB's) en sociaal-psychiatri-

sche diensten (SPD'en). Over de genezingskansen voor nieuwe patiënten was Stein optimistisch: hij streefde ernaar om alle nieuw opgenomen mensen liefst al binnen drie maanden weer te ontslaan.¹⁰ De psychiater moest 'meer als psychotherapeut in de inrichting werkzaam zijn'. Hij zou moeten worden bijgestaan door een veelzijdige staf, die zowel een internist diende te bevatten als psychologen en agogen. Verpleegkundigen dienden hun verzorgende rol los te laten om sociotherapeutische hulpkrachten te worden.¹¹

In de visie van Stein was een dergelijke ingrijpende hervorming van Brinkgreven ook daadwerkelijk mogelijk dankzij de komst van de nieuwe antipsychotica, antidepressiva en kalmeringsmiddelen, die sinds de jaren vijftig waren geïntroduceerd in de klinische psychiatrie. Deze psychofarmaca, betoogde Stein in de toespraak die hij in 1962 hield bij zijn aantreden op Brinkgreven, hadden gezorgd voor een revolutie in de psychiatrie en voor 'nieuwe hoop.' Vóór de komst van de psychofarmaca ging de aandacht er binnen de klinische psychiatrie vooral naar uit, aldus Stein, om de patiënten aan te passen aan het dagelijkse leven in de inrichting. Dat was heel begrijpelijk, volgens Stein, maar hij vond dat het inmiddels tijd was voor een meer dynamische aanpak van de psychiatrische hulpverlening. Van het personeel zou veel gevraagd worden in de toekomst, waarschuwde Stein bij zijn komst op Brinkgreven. Verpleegkundigen raadde hij aan zich 'geestelijk te blijven vernieuwen' en geen 'tweederangs oppassers' te worden.¹²

Inderdaad wilde Stein de structuur van de organisatie minder hiërarchisch maken, bevestigde psychiatrisch verpleegkundige Johan Koehoorn. Koehoorn bekleedde vanaf het begin van de jaren zestig een centrale positie in Brinkgreven, eerst als hoofdverpleegkundige voor alle herenpaviljoens en al snel als hoofd van de totale verpleegkundige dienst van Brinkgreven. Koehoorn beschouwde Stein achteraf als een tussenfiguur. Stein zette weliswaar veranderingen in gang die uiteindelijk zouden leiden tot een plattere organisatie, maar zijn eigen stijl van leiding geven was in veel opzichten traditioneel. Stein, als eenhoofdige directie, verzoonde zelf de plannen en legde die van bovenaf op aan zijn organisatie. In zijn doen en laten was Stein 'soms autoritair', aldus Koehoorn.¹³ De aanstelling van Koehoorn was overigens typerend voor Steins wens om de hiërarchische structuur en de massaliteit van het inrichtingsbestaan te doorbreken. Voor zijn komst naar Brinkgreven werkte Koehoorn in een tehuis van de kinderbescherming. Daar was het begin jaren zestig al heel normaal om te werken met multidisciplinaire behandelteams. Volgens Koehoorn vormden de tehuizen van de kinderbescherming een 'heel andere wereld' dan die van de psychiatrische ziekenhuizen. In de instelling waar hij had gewerkt, liepen de groepsleiders bijvoorbeeld in burgerkleding en stond sociotherapie voorop in de behandeling. De kinderen waren ingedeeld in kleine leefgroepen.

KIEMEN VAN VERNIEUWING

Koehoorn zette zich er tijdens de jaren zestig onder meer voor in om de verpleegkundigen op Brinkgreven ertoe te bewegen hun uniforme kledij af te schaffen. Op Conolly liep men wat dat betreft voorop; daar lieten verpleegkundigen al in de jaren zestig uit eigen beweging hun uniformen thuis (zie hoofdstuk 2). Op andere afdelingen kostte de overgang naar het dragen van burgerkleding vaak meer moeite, aldus Koehoorn. Niet alleen oudere, maar ook sommige jongere verpleegkundigen vertoonden volgens hem weerstand tegen het afschaffen van de uniformen. Er volgde een overgangperiode waarin allerlei compromissen werden gesloten, zoals het dragen van burgerkleding tijdens de weekenddiensten. Begin jaren zeventig waren op alle paviljoens de uniformen afgeschaft. Ook andere veranderingen waren merkbaar in het dagelijks leven op Brinkgreven. Vanaf 1966 gingen patiënten en personeel soms samen op kampeervakanties in Nederland. Ook werd een platenverzameling aangelegd voor alle paviljoens samen; in 1968 schafte men onder andere een plaat van Boudewijn de Groot aan.

Verder breidde men in de jaren zestig de opleiding voor verpleegkundigen uit met een 'pre-klinische', theoretische fase van zes weken, die voortaan aan het werk op de afdelingen vooraf ging. Als lesstof gebruikte men onder andere de gestencilde teksten van een aantal broeders uit de katholieke St. Willibrordus Stichting in Heiloo, die vanaf 1963 circuleerden binnen de Nederlandse inrichtingen en die pas later in boekvorm zijn verschenen. Net als sommige andere tekstboeken over de psychiatrische verpleegkunde die sinds de tweede helft van de jaren vijftig verschenen, waren de Heiloose teksten meer therapeutisch van toon dan voorheen gebruikelijk was.¹⁴ Bovendien was de benadering van de broeders uit Heiloo sterk gericht op de persoonlijke relatie tussen verpleegkundige en patiënt. Men benadrukte het belang van respect, naastenliefde en het openstaan voor de ander als mens. 'Op de eerste en voornaamste plaats moeten wij in [de patiënt] de gewone mens ontmoeten die door U wordt aanvaard zoals hij is', schreven de Heiloose broeders.¹⁵ Zij pleitten bovendien, net als Stein, voor multidisciplinair teamwork en een meer assertieve rol van de verpleegkundige. 'Gerust uw eigen mening geven, geen angst hebben voor de autoriteit van de dokter', schreef broeder Bassianus.¹⁶ 'Hoe eerlijker men tegenover elkaar is, hoe gezonder de gemeenschap zal zijn.' In het psychiatrische team nam de verplegende volgens hem een 'heel bijzondere plaats' in: 'hij bevordert heel specifiek de "menselijke verhoudingen"'.¹⁷

Een belangrijke therapeutische vernieuwing was de oprichting in 1967 van een polikliniek op Brinkgreven. Die functioneerde aanvankelijk evenwel op zeer bescheiden schaal. Het verlenen van ondersteunende nazorg aan ontslagen patiënten stond er centraal. Verder nam Stein midden jaren zestig een bewegingstherapeut in dienst, een creatief therapeut en een psycholoog, Jacob Prins. Prins was de eerste psycholoog die ooit op Brinkgreven werkte. Aanvankelijk was het de bedoeling dat hij zich bezig zou houden met het afnemen van psychologische tes-

ten, zowel bij patiënten als bij mensen die zich aanmeldden voor de opleiding tot psychiatrisch verpleegkundige. Prins zelf wilde echter graag psychotherapeutisch gaan behandelen.¹⁷ In 1966 voerde de medische staf hierover een hevige discussie. Sommigen achtten het de exclusieve taak van de psycholoog om diagnostische gegevens te leveren via de psychologische testen. Eén van de psychiaters stelde daarentegen dat behandeling volgens hem belangrijker was dan diagnostiek. Hij vond de grote nadruk op diagnostiek een 'waterhoofd' in vergelijking met de geringe omvang van de therapeutische activiteiten in het ziekenhuis.¹⁸

De uitkomst van de discussie was dat Prins mocht gaan meebehandelen. Volgens Prins was de psychiater die verantwoordelijk was voor de behandeling van de op Brinkgreven opgenomen vrouwen, de psychoanalytisch georiënteerde G.C. Ruyter de Wildt (1909-1974), hem zeer ter wille. In 1967 begon Prins op Schroeder van der Kolk, het opnamepaviljoen 'dames', en Esquirol, een vervolgfafdeling voor vrouwen, met het geven van wekelijkse groepsgesprekken voor patiënten. Het voornaamste doel was, zo schreef Prins in het personeelsblad van Brinkgreven, dat 'de patiënten zich weer leren uiten', want dat kon 'een bevrijdende werking hebben.'¹⁹ Prins vertelde hier achteraf over: 'Ik vond het raar hoe weinig communicatie er destijds was tussen het behandelteam, het verplegend personeel en de patiënten. 's Ochtends verdwenen de psychiater, de hoofdverpleegkundige en ik in een kamertje en dan werden de patiënten doorgesproken. Om meer openheid te creëren, heb ik er toen voor gepleit die rapportbesprekingen afdelingsbreed te maken door ook het verpleegkundig personeel en de patiënten erbij te betrekken.' Tijdens deze groepsgesprekken werden de rapportages van de verpleegkundigen over de patiënten voorgelezen, net als op Conolly. Een verschil met de gang van zaken op Conolly was echter dat op Schroeder van der Kolk de verpleegkundigen de rapportages voorlezen en niet de patiënten.

Blijkbaar waren niet alle leden van het verpleegkundig personeel meteen enthousiast voor de hervormingen. Directeur Stein beweerde althans in 1964 dat veel van de oudere verplegers en verpleegsters uit Brinkgreven niet makkelijk hun nieuwe rol als sociotherapeutische begeleiders aan wisten te nemen. Zij hadden het er volgens Stein moeilijk mee om zich los te maken van traditionele verzorgende en huishoudelijke taken.²⁰ Eind jaren zestig pleitte ook psycholoog Prins voor een 'vernieuwings-mentaliteit'. Veel mensen, betoogde hij, waren bang voor veranderingen omdat ze nooit hadden geleerd om kritisch en zelfstandig na te denken. Prins riep al het personeel, in het bijzonder de leerling-verpleegkundigen, op om hun stem meer te laten horen. Volgens hem hield een grote groep leerlingen tijdens de Open Rapport-besprekingen hun mond, wellicht omdat ze bang waren dat het ten koste van hun cijfers zou gaan als ze iets zouden zeggen wat hogergeplaatste verpleegkundigen niet graag hoorden.²¹ Volgens Koehoorn was het probleem dat Stein de medewerkers uit de organisatie niet voldoende betrok bij zijn plannen. Koehoorn: 'Mensen werden niet uitgenodigd om mee te denken, voor kritiek stond hij niet erg open. Daardoor werd er onvoldoende draagvlak gecreëerd voor zijn wens om het ziekenhuis te veranderen.'

4.2 *Brinkgreven in een stroomversnelling*

Rond 1970 kwamen de vernieuwingen op Brinkgreven in een stroomversnelling terecht, vanwege een aantal omstandigheden: de verruiming van financiële middelen, de toename van het aantal niet-medische deskundigen zoals psychologen en agogen, en de aanwas van jonge leerling-verpleegkundigen uit de zogenaamde protestgeneratie, de golf van mensen die geboren waren tussen 1946 en 1949. Het veranderingsproces dat sinds 1962 'van bovenaf' in gang was gezet door Stein, werd tijdens de jaren zeventig op brede schaal 'van onderaf' opgepikt. Ook verpleegkundigen gingen nu op grote schaal pleiten voor een omvorming van Brinkgreven tot therapeutische gemeenschap, zoals Stein dat tijdens de jaren zestig had gedaan. Diverse factoren waren doorslaggevend in deze democratisering van de heersende vernieuwingsdrang: de komst van psychologen op Brinkgreven, die een centrale rol speelden in de veranderingen op diverse paviljoens en die de verpleegkundigen veel meer bij hun activiteiten betrokken dan psychiaters dat tot dan toe hadden gedaan; de groei van het aantal jonge verpleegkundigen en de psychotherapeutisering van hun opleiding tijdens de jaren zeventig; en de verbreiding van kritische literatuur.

De boeken van Laing, Szasz, Cooper en Foudraine werden in de jaren zeventig niet alleen veel gelezen door psychologen en verpleegkundigen op diverse paviljoens van Brinkgreven, ze werden in deze periode zelfs onderdeel van het onderwijs aan leerling-verpleegkundigen. Hetzelfde gold voor de boeken van minder controversiële psychiaters en psychotherapeuten zoals Watzlawick, Bierenbroodspot en diverse gezinstherapeuten. Wat betreft de literatuur die men er las, was Conolly dus in ieder geval weinig uitzonderlijk. Net als op Conolly fungeerde het gedachtegoed van de kritische psychiatrie ook elders in Brinkgreven als katalysator van vernieuwingsdrang. Kritische psychiaters boden een krachtige verwoording van de onvrede die sommige hulpverleners zelf ook voelden over de grote nadruk op de somatische en hygiënische aspecten van de psychiatrische hulpverlening. Bovendien reikten kritische psychiaters bruikbare argumenten aan die in stelling konden worden gebracht tegen dit 'medische model'. Datgene waartegen ten strijde diende te worden getrokken, kreeg door de kritische literatuur een naam, en het protest ertegen een eigen taal.

Verder wezen Laing, Cooper en Foudraine op concrete mogelijkheden om een ander soort psychiatrische hulpverlening vorm te geven. Zo beschreef Foudraine in *Wie is van hout...* op levendige wijze hoe hij een afdeling van de Amerikaanse kliniek Chestnut Lodge omvormde tot therapeutische gemeenschap.²² Cooper vertelde in *Psychiatrie en anti-psychiatrie* eveneens beeldend over zijn eigen therapeutische gemeenschap Villa 21, een afdeling van een groot psychiatrisch ziekenhuis nabij Londen. Kritische psychiaters boden zodoende aan hervormingsgezinde verpleegkundigen en psychologen een gemeenschappelijke taal, een groepsgevoel en een gemeenschappelijk ideaalbeeld van een betere vorm voor de klinische psychiatrie.

EEN GROEISTUIP

In 1968 trad de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) in werking. Een opname in een psychiatrisch ziekenhuis werd vanaf dat moment vergoed door de rijksoverheid.²³ Voorheen werden psychiatrische opnames voornamelijk bekostigd door gemeenten.²⁴ Het geld dat aan de intramurale zorg werd besteed in Nederland nam na de introductie van de AWBZ sterk toe. In 1963 werd in totaal 139 miljoen gulden besteed aan de verpleging van mensen in psychiatrische ziekenhuizen; in 1970 was dit bedrag meer dan verdriedubbeld tot zo'n vijfhonderd miljoen gulden, waarna het explosief verder zou stijgen.²⁵ Psychiatrische inrichtingen, waaronder Brinkgreven, konden nu meer personeel aantrekken en hun personeelsleden bovendien een beter loon betalen. Ook ging een aantal hoofdverpleegkundigen rond 1970 met pensioen, terwijl het aanbod van jonge leerlingverpleegkundigen vanaf de tweede helft van de jaren zestig enorm toenam doordat de naoorlogse geboortegolfgeneratie haar debuut maakte op de arbeidsmarkt. In 1968 maakte directeur Stein in het jaarverslag voor het eerst melding van een opvallende toename van mensen die zich aanmeldden voor de opleiding tot psychiatrisch verpleegkundige. Met name een uitzonderlijk hoog aantal mannen meldde zich aan.²⁶

Het personeelsbestand van Brinkgreven maakte dus een enorme groeiestuijp door. In 1964 was het in Brinkgreven nog mager gesteld met de personele bezetting. Er waren slechts twee zenuwartsen in dienst en twee gewone artsen.²⁷ Psychologen waren er nog niet. Brinkgreven had in 1964 51 gediplomeerde verpleegkundigen in dienst en 43 leerlingen – samen dus 94 man verplegend personeel, die zo'n 450 tot 500 patiënten moesten verplegen. De verhouding verpleegkundigen-patiënten was dus ongeveer 1 op 4,5. In 1976 was het aantal verpleegkundigen verdubbeld ten opzichte van 1964. Er waren in dat jaar 184 verpleegkundigen werkzaam op Brinkgreven,²⁸ waarvan 98 gediplomeerden²⁹ en 86 leerlingverpleegkundigen.³⁰ De inrichtingsbevolking van Brinkgreven was juist gedaald, tot ongeveer 375 bewoners. Het aantal patiënten per paviljoen was geslonken van 60 tot 40 à 45 patiënten.³¹ De verhouding verpleegkundigen-patiënten was dus veel gunstiger geworden en lag in 1976 op ongeveer 1 op 2.³²

Bovendien was de behandelstaf op Brinkgreven aanzienlijk uitgebreid. In 1973 werkten vijf psychologen, een andragoge, een socioloog en een bewegingstherapeut in het Deventer psychiatrische ziekenhuis.³³ Waarschijnlijk was ook het aantal psychiaters toegenomen sinds 1964, alhoewel daar geen gegevens over bekend zijn. Zeker is dat Brinkgreven in 1972 de officiële erkenning kreeg van opleidingsinstituut voor psychiaters, waardoor er in ieder geval een constant aantal arts-assistenten werkzaam was: psychiaters in opleiding, die op Brinkgreven hun verplichte stage inrichtingspsychiatrie kwamen doen.³⁴ De medisch-sociale staf van Brinkgreven telde in 1976 zo'n veertien mensen.³⁵ Zeven van hen waren psycholoog, socioloog of andragoog. Dan was er nog een neuroloog werkzaam in het ziekenhuis, evenals een internist. Waarschijnlijk werkten er dus ongeveer vijf psy-

chiaters op Brinkgreven, geneesheer-directeur Stein meegerekend. Psychiaters waren kortom tijdens de jaren zeventig in de minderheid binnen de medisch-sociale staf.

Eén van de nieuwe leden van de medisch-sociale staf was de andragoge Sylvia Beens. Zij was in 1971 in psychiatrisch ziekenhuis Brinkgreven aangesteld om, in haar eigen woorden, de veranderingsprocessen in het ziekenhuis te begeleiden. Beens, terugkijkend: 'Stein vond dat er een omslag moest komen van het medische model, waarbij de psychiaters als het ware de goden zijn, naar een meer democratisch behandelmodel, waarbinnen psychotherapie een belangrijke rol moest gaan spelen.' Beens moest op alle paviljoens langsgaan om na te gaan waar de problemen lagen wat betreft de omschakeling naar deze multidisciplinaire benadering. Over de problemen die er waren, werd ze geacht groeps gesprekken te houden met leden van het personeel. Tijdens haar studie andragogie in Amsterdam had Beens stage gelopen op paviljoen III van het Wilhelminagasthuis, de psychiatrische kliniek van de Universiteit van Amsterdam. Daar was men in 1970 druk bezig de afdeling om te vormen tot therapeutische gemeenschap. Men werkte er met groepstherapie, sensitivity-trainingen en psychodrama.³⁶ De ervaring die Beens daar had opgedaan kon Brinkgreven goed gebruiken, meende Stein waarschijnlijk.

Psycholoog Huib de Heer, die eveneens in 1971 in Brinkgreven kwam werken, beschreef de sfeer die daar destijds heerste achteraf als volgt. 'De verstarring moest doorbroken worden, was het algemene gevoel', aldus De Heer. 'Het contrast tussen Brinkgreven en de rest van de samenleving was op dat moment heel groot. Brinkgreven vormde een bizarre en geïsoleerde wereld, die vooral gericht was op controle en beheersing.' Begin jaren zeventig streefde men er op Brinkgreven naar, volgens De Heer, om de afstand tot de patiënten te verkleinen en om de gezagsverhoudingen meer 'horizontaal' te maken. Op behandelgebied zou er meer aandacht moeten worden besteed aan de niet-medische factoren: de sociale invloeden, de gezinsinvloeden.³⁷

In 1972 nam directeur Stein bovendien de socioloog R. Bambang Oetomo, die in het vorige hoofdstuk reeds is genoemd, in dienst als inhoudelijk en organisatorisch adviseur. Bambang Oetomo was in 1970 gepromoveerd op het proefschrift *Van asyl tot revalidatiecentrum*, dat de ontwikkeling beschreef van de Nederlandse intramurale psychiatrie vanaf de negentiende eeuw.³⁸ Bambang Oetomo betoogde dat de psychiatrische ziekenhuizen door drie fasen waren gegaan. Aanvankelijk stond de 'bewaring' van patiënten voorop, daarna trad de verzorging van patiënten meer op de voorgrond en tot slot kwam de derde fase waarin de inrichtingen zich, dankzij de komst van de psychofarmaca, gingen richten op resocialisatie. Die laatste fase was in 1970 nog niet voltooid, vond Bambang Oetomo. Psychiatrische ziekenhuizen fungeerden in zijn visie nog steeds als totale instituties in Goffmanianse zin. Idealiter, besloot hij zijn proefschrift, zouden de begrenzingen van die totale institutie geheel worden doorbroken door 'in een volledig open systeem patiënten en stafleden in een gelijkwaardige positie voor de therapie ver-

antwoordelijk [te] maken.³⁹ Blijkbaar sprak dit pleidooi van Bambang Oetomo geneesheer-directeur Stein aan. Het paste dan ook goed bij zijn eigen wens om psychiatrisch ziekenhuis Brinkgreven om te vormen tot een therapeutische gemeenschap die was gericht op behandeling en resocialisatie.

Mede door de groei van de medisch-sociale staf konden de therapeutische activiteiten op Brinkgreven explosief toenemen. De polikliniek groeide als kool.⁴⁰ Bovendien kreeg Brinkgreven in 1972 toestemming een beperkt aantal patiënten in dagbehandeling te nemen.⁴¹ In het ziekenhuis als geheel nam ondertussen het zogenaamde draaideureffect toe. Dat wil zeggen dat het aantal heropnames steeg: mensen bleven korter in het psychiatrisch ziekenhuis, maar keerden er ook vaker terug.⁴² Volgens directeur Stein was de verpleegduur vanaf het begin van de jaren zeventig steeds korter geworden.⁴³

REVOLUTIE OP 'KOSTSCHOOL'

Ook de leefomstandigheden voor de leerling-verpleegkundigen veranderden na 1970 ingrijpend. Van oudsher woonden zij tijdens hun opleiding boven de paviljoens in kleine zolderkamertjes. Midden jaren zeventig was dit intern wonen tot het verleden gaan behoren. In 1975 werd het complex Rust Roest geopend, een oude boerderij die was verbouwd tot personeelsrestaurant, met daarboven kamertjes voor het verplegend personeel van psychiatrisch ziekenhuis Brinkgreven. Een toenemend aantal verpleegkundigen koos er vanaf het begin van de jaren zeventig bovendien voor om zelfstandig op kamers te gaan wonen, in Deventer bijvoorbeeld.

Het intern wonen wordt door veel verpleegkundigen die dit nog hebben meegemaakt omschreven als gezellig – ondanks de strenge regels.⁴⁴ Het dagelijkse leven van leerling-psychiatrisch verpleegkundigen op Brinkgreven werd door sommigen vergeleken met dat van leerlingen op een kostschool. Om elf uur 's avonds moest iedereen binnen zijn. In het weekend mochten de leerlingen tot twaalf uur weg blijven. Wie een aantal keren te laat was gekomen, moest bij de directeur komen voor een berisping. Er was een levendige handel in lopersleutels om na elven, als de voordeuren van de paviljoens op het nachtslot gingen, nog binnen te kunnen komen. Sommige verpleegkundigen overnachtten stiekem in café's in Deventer. Bezoekjes van de andere sekse op de eigen kamer waren streng verboden – een aantal verpleegkundigen kan zich herinneren dat eind jaren zestig om deze reden nog ontslagen zijn gevallen. 'Eigenlijk was het absurd', meende verpleegkundige Hans Ader achteraf. Hij begon eind jaren zestig aan zijn B-opleiding in Brinkgreven. 'Het was zwaar werk wat we deden. Soms moest je dwang uitoefenen, je moest mensen pillen toedienen en in de nachtdienst waakte je met een handjevol mensen over een grote groep. Ondertussen werden we behandeld als kleine kinderen.'

Ader maakte deel uit van een nieuwe lichter jonge verpleegkundigen, die de kritische wind die vanaf de jaren zestig was opgestoken in de Nederlandse samen-

leving ook door Brinkgreven deed waaien. Naarmate de omgangsvormen in de Nederlandse samenleving als geheel steeds informeler werden, was een verandering van omgangsvormen en gezagsverhoudingen in het Deventer psychiatrisch ziekenhuis steeds moeilijker tegen te houden. De situatie in de klinische psychiatrie begon steeds meer te contrasteren met die in de rest van de maatschappij, waar in de jaren zestig Provo's, jongeren en studenten protesteerden tegen autoritaire gezagsverhoudingen en burgerlijke fatsoensnormen. Vooral jongere leden van het verpleegkundig personeel op Brinkgreven werden aangestoken door deze culturele vernieuwingsdrang. Men voelde zich mentaal gesteund door de anti-autoritaire sfeer die buiten Brinkgreven heerste. 'Om elf uur 's ochtends', herinnerde verpleegkundige Gert Timmermans zich bijvoorbeeld, 'zaten we keurig in een kring koffie te drinken, netjes op een rij al naar gelang de verpleegkundige hiërarchie, die werd gesymboliseerd door de speldjes die je moest dragen.' Tegen dit soort traditionele gebruiken groeide verzet.⁴⁵ Verpleegkundige Hendrik Tenten, die van 1967 tot 1971 zijn opleiding deed op Brinkgreven, vertelde: 'Onze uniformen deden we gewoon niet meer aan op het werk. We droegen ze alleen nog maar naar feestjes.'

Stein stelde zich meegaand op ten opzichte van de protestgeneratie. Johan Bunt bijvoorbeeld, die in de jaren zeventig eerste verpleegkundige was op Conolly Boven (zie hoofdstuk 3), kon op Brinkgreven komen werken nadat hij als leerling was ontslagen in de psychiatrische inrichting Licht en Kracht te Assen. 'Er was daar iets voorgevallen dat te maken had met drank en vrouwen', aldus Bunt, 'en ik kon het absoluut niet vinden met een hoofdzuster uit Licht en Kracht. Ik legde de situatie uit aan Stein en die vond het blijkbaar geen probleem.'⁴⁶ Bunts naaste collega op Conolly Boven, Annemieke Mars, kon in Brinkgreven terecht na haar gedwongen ontslag in de St. Franciscushof in Raalte. Ze vertelde Stein dat ze zich niet had kunnen vinden in de werkwijze in Raalte, omdat de patiënten er betutteld werden en geen inspraak hadden.⁴⁷ Ook tegen de kritische opstelling van Mars had Stein blijkbaar geen bezwaar.

Verpleegkundige Alex Bredewold ten slotte was in 1970 naar het legendarische popfestival op het Engelse Isle of Wight geweest. Hij kwam drie dagen te laat terug op Brinkgreven en werd op staande voet ontslagen. Drie maanden later trok hij de stoute schoenen aan en vroeg hij Stein om hem weer in dienst te nemen. Dat deed Stein, ondanks het conflict dat Bredewold naar eigen zeggen indertijd had met een hoofdzuster op Brinkgreven. Die vond hem ongeschikt voor de verpleging vanwege zijn lange haar, zijn spijkerpakken en het feit dat Bredewold gescheiden was en in een kraakpand woonde.⁴⁸ In 1973 was van het strenge kostschoolbewind dat eind jaren zestig nog heerste weinig meer over, beweerde verpleegkundige Guus Palm, die in dat jaar aan zijn opleiding begon op Brinkgreven. Volgens hem bestonden de traditionele leefregels destijds officieel nog wel, maar werden er geen sancties meer aan verbonden als iemand zich er niet aan hield.⁴⁹ Vanaf 1972 organiseerde de werkgroep 'Brink-inn' discoavonden voor het personeel en verscheen in het personeelsblad van Brinkgreven een enthousiast ar-

tikel van Bunt over psychedelische drugs.⁵⁰ In 1968 klaagde leerling-verpleegkundige Louis Tangel er nog over dat er op het terrein van Brinkgreven geen gelegenheid was voor het personeel om na werktijd gezellig samen een biertje te drinken.⁵¹ In de jaren zeventig was alcohol vrij te verkrijgen in het nieuwe sociaal-centrum van dit ziekenhuis, dat in 1973 zijn deuren opende.

VERPLEEGKUNDIGEN IN THERAPIE

Ook de opleiding voor verpleegkundigen van psychiatrisch ziekenhuis Brinkgreven veranderde ingrijpend rond 1970. In 1971 opende een nieuwe, in Deventer gevestigde school voor B-verpleegkundigen haar deuren: De Zuysel.⁵² De opleiding van psychiatrische verpleegkundigen breidde zich hiermee belangrijk uit wat het aantal theoretische lessen betrof. Alle verpleegkundigen die in Brinkgreven kwamen werken kregen les op De Zuysel, samen met leerlingen uit andere psychiatrische inrichtingen zoals Warnsveld. Onder de bezielende leiding van het hoofd van de school, Bert van der Laan, kreeg Brinkgreven een vooruitstrevende opleiding. Van der Laan schreef in 1975 en 1977 een tweetal handboeken voor leerling-verpleegkundigen, die voordien al in stencil-vorm gebruikt werden op De Zuysel: *Klinische en sociale psychiatrische verpleegkunde*, en *Relaties. Verpleegkundige begeleiding van de psychiatrische cliënt*.⁵³

De literatuurlijst van deze boeken laat zien dat Van der Laan zich voor een belangrijk deel op dezelfde literatuur baseerde als het behandelteam van Conolly. Van der Laan noemde onder anderen de kritische psychiaters Laing, Cooper, Foudraine en Szasz. Ook vermeldde hij de psycholoog Rogers en de socioloog Scheff. Van der Laan besteedde in zijn boeken veel aandacht aan de relatie tussen verpleegkundige en 'cliënten', zoals hij de patiënten in navolging van Rogers noemde. Een persoonlijke benadering van het verpleegkundig werk was van het grootste belang, aldus Van der Laan. Cliënten moesten meer verantwoordelijkheid krijgen. Hun eigen initiatief diende te worden gestimuleerd en cliënten moesten betrokken worden bij beslissingen over hun behandeling.⁵⁴

Verder propageerde Van der Laan de zogenaamde paradoxale benadering van de Amerikaanse psychiater Watzlawick van het Palo Alto Research Institute (zie hoofdstukken 2 en 3). Mensen met schizofreniforme syndromen waren volgens Van der Laan in hun leven te veel blootgesteld aan paradoxale communicatie. Een moeder bijvoorbeeld die zei: 'Bied nu eens uit jezelf aan om mee te helpen bij het afruimen van de tafel.' Als iemand vervolgens deed wat gevraagd werd, luidde natuurlijk het commentaar: 'Ja, nu doe je het pas, nu ik het je heb opgedragen.' Wie langdurig geconfronteerd was met dergelijke verwarrende vormen van communicatie, aldus Van der Laan, kreeg het machteloze gevoel het nooit goed te doen – hij of zij bevond zich permanent in een 'damned if you do, damned if you don't'-situatie. Dat kon mensen flink ziek maken.

De lesstof op De Zuysel had dus veel overeenkomsten met het sociale model zoals Boersma, Muller en Prins dat op Conolly vorm gaven. De psychische pro-

blemen van het individu werden nadrukkelijk gezien als gevolg van ziekmakende relaties en communicatieproblemen. Anderzijds werden cliënten zeker niet alleen als slachtoffers van hun omgeving gezien, maar ook als mensen die weer de verantwoordelijkheid voor hun daden en psychische welzijn moesten leren nemen. Kritiek op het medisch model kreeg ruim baan in de opleiding van de aankomende psychiatisch verpleegkundigen, terwijl werd gepleit voor psychotherapie en een meer persoonlijke en gelijkwaardige benadering van cliënten.

In het schoolgebouw van De Zuysel was een aparte ruimte voor 'groepswork', die was ingericht met comfortabele kubus-stoelen. Hier gaven andragogen en psychologen *sensitivity-trainingen* aan de leerling-verpleegkundigen. Chris de Bont, die Bert van der Laan in 1975 opvolgde als hoofd van De Zuysel, was vaak aanwezig als co-trainer. Hij vertelde achteraf: 'Er zijn mooie momenten geweest en er is heel wat afgeknuffeld, maar er waren ook gênante situaties. Mensen die huilend wegliepen.'⁵⁵ Om stof tot praten op te wekken, begonnen de trainers vaak met een spelletje of een oefening, afkomstig uit een van de vele boeken over groepswork die indertijd verschenen.⁵⁶ De deelnemers moesten bijvoorbeeld in een kring gaan staan met één persoon in het midden, die zichzelf naar achter moest laten vallen – een oefening in vertrouwen. Of mensen moesten op papier iets over zichzelf neerzetten, waarna de papiertjes werden rondgedeeld en iedereen moest raden wie bij welk papiertje hoorde.

Vaak ook begon men door een lange stilte te laten vallen. Wie dan als eerste iets zei 'was de pineut', aldus De Bont. Die kreeg bijvoorbeeld de vraag voorgelegd van de trainers, waarom hij zo ongemakkelijk werd van stilte. Als iemand vroeg wat de bedoeling was, werd hem gevraagd of hij het altijd zo nodig had om een duidelijk doel voor ogen te hebben, en waarom dat dan zo was. Volgens De Bont kon het er hard aan toe gaan tijdens de groepen. Het werd volgens hem soms 'afgestraft' als mensen naar de mening van een trainer niet genoeg open en eerlijk waren.⁵⁷ Volgens Palm was de B-opleiding indertijd 'een soort therapie.' Een aantal mensen uit zijn jaar kwam hierdoor volgens hem in de problemen, omdat er zoveel bij hen bovenkwam en ze daar niet mee konden omgaan.

Verpleegkundige Angelien Nijenhuis, die in 1971 aan haar B-opleiding begon, moest flink wennen aan de psychotherapeutische cultuur die toen heerste in de B-opleiding. Nijenhuis was afkomstig uit de A-verpleging en alhoewel ze daarmee ophield vanwege het onpersoonlijke karakter ervan, viel de openheid over emoties die ze aantrof in de psychiatrie haar aanvankelijk wat rauw op het dak. De inleiding van haar eindschrijving leest als het verslag van een therapeutisch proces. 'Ik merkte', schreef Nijenhuis over haar opleidingsperiode, 'dat ik altijd erg oppervlakkig had geleefd. [...] En als ik aan een bepaalde figuur een hekel had, of bepaalde dingen van die persoon stonden me niet aan, dan durfde ik dat niet te zeggen of te laten merken. Omdat ik bang was, dat ze me niet meer mochten. [...] Ik merkte dat ik vaak een masker ophad en dat ik dan niet echt mezelf was.'⁵⁸

De 'psychotherapeutisering' van de verpleegkundige opleiding uitte zich niet alleen via de inhoud van de lesstof en de groepstrainingen, maar ook door de ver-

anderende leermethoden. Timmermans wist naar eigen zeggen niet wat hem overkwam toen hij op De Zuysel kwam. Hij lichtte toe: 'Als Van der Laan de klas binnenkwam, dan zei hij vaak iets volkomen onverwachts, zoals: "Waarom ben jij eigenlijk naast die persoon gaan zitten en niet naast iemand anders?" Als je dan antwoordde dat je het niet wist, dan zei Van der Laan bijvoorbeeld: "Weet je dat niet? Denk je eigenlijk nooit na over waarom je iets doet?" En zo ging het continu. Steeds werd je geconfronteerd met jezelf en je eigen gedrag, dat was het hele idee achter de opleiding.' De lessen in de 'filosofie van de verpleegkunde', een nieuw vak binnen de opleiding, waren eveneens onconventioneel. De meest uiteenlopende stof kwam er aan bod, tot en met Herman Hesse, Krishnamurti en Tolkien. Rode draad in dat diverse geheel was, meende Palm achteraf, 'een sterke nadruk op de innerlijke kracht van het individu. In Tolkien waren het die kleine Hobbits die toch maar mooi het Kwaad wisten te elimineren. Als je je verborgen sterkte ontdekte, lag de wereld voor je open.' Deze nadruk op de innerlijke kracht en fundamentele keuzevrijheid van het individu vormde een belangrijke inhoudelijke verbinding met de optimistische visie van Laing en anderen, dat een psychische crisis een doorbraak kon vormen in iemands leven.

CONFLICTEN OVER DE VERPLEEGKUNDIGE IDENTITEIT

Terwijl de protestgeneratie zodoende opgeld deed binnen psychiatrisch ziekenhuis Brinkgreven en zij bovendien werd opgeleid met het gedachtegoed van de kritische psychiatrie, was voor een aantal toonaangevende hoofdbroeders de tijd gekomen om met pensioen te gaan. In de memoires die sommige hoofdbroeders schreven in het personeelsblad van Brinkgreven, en in de reacties die hierop kwamen, klonken discussies door die destijds blijkbaar werden gevoerd in dit ziekenhuis. In 1969 schreven de broeders Stegeman en Wielhouwer hun herinneringen aan vroeger op in het personeelsblad. Ze vertelden over de lange werktijden van de jaren dertig, het lage loon, het karige voedsel, het gebrek aan sociale voorzieningen voor verpleegkundigen, de onrustige patiënten die in met stro gevulde 'kalverkisten' lagen, en tafels en banken die aan de vloer vastzaten 'zodat ze [de patiënten] er geen kwaad mee konden'.⁵⁹ De verpleegkundigen van nu, besloot broeder Wielhouwer, moesten zich terdege realiseren hoe goed ze het hadden. 'Dan mogen wij ouderen conservatief zijn, maar toch moeten wij constateren dat wij er met praten en eisen stellen alléén niet komen.'⁶⁰

De artikelen riepen felle reacties op. Verpleegkundige Getkate miste 'de relatie verplegende-patiënt' in de verhalen van zijn gepensioneerde collega's. Hij was ook boos over hun betoog dat jongere verpleegkundigen geen verantwoordelijkheidsgevoel zouden hebben.⁶¹ Ook Boersma, verpleegkundige op Conolly (zie het vorige hoofdstuk), miste de 'patiënt als mens' in de herinneringen van zijn collega's. 'Wat ik me afvraag is, wat voor iets was de patiënt in die dagen?', schreef hij. 'Een ding dat je in of uit de haverkist, bad, natte inwikkeling haalde of een méns [...]?'. Hij vond ook niet dat, zoals Wielhouwer en Stegeman beweerden, de verpleeg-

kundige van nu een 'herenleventje' had. 'Het aspect dat de verpleging van deze tijd bijzonder moeilijk maakt', aldus Boersma, 'is het intensieve contact met de patiënt als ziek mens, die, mede beïnvloed door de gerichte persoonlijke houding van de verplegende, zijn plaats in de maatschappij moet hervinden.'⁶² Broeder Stegeman antwoordde: 'Ik weet heel goed dat de verpleging veel vooruit is gegaan, maar daar ging het niet om. Het ging juist om het feit dat degenen die liefde hadden voor de patiënten en dit werk als vak zagen, het heel moeilijk hebben gehad – vooral toen men de mensen moest zien rustig te houden bijna zonder medicijnen en dan alleen met 30 à 40 patiënten op een afdeling.'⁶³

De identiteit van de verpleegkundige was klaarblijkelijk een punt van conflict geworden, eind jaren zestig. Jongere verpleegkundigen verweten hun oudere collega's dat ze te weinig oog hadden voor de patiënt als mens. Oudere verpleegkundigen voelden zich duidelijk gekwetst door de implicatie van dit verwijt, namelijk dat zijzelf te weinig 'liefde' voor de patiënten zouden hebben gehad. Ze verdedigden zich door erop te wijzen dat er vroeger relatief minder personeel was, dat het bovendien moest stellen zonder psychofarmaceutische hulpmiddelen.

De periode rond 1970 was al met al een bijzondere voor de verpleegkundigen van Brinkgreven. Opwindende nieuwe ideeën en ontwikkelingen waren gaande in hun beroepsgroep, in de psychiatrie en ook in de samenleving als geheel. De thema's vrijheid, gelijkheid en openheid speelden binnen én buiten de klinische psychiatrie een centrale rol. Het gemeenschappelijke protest van jongere verpleegkundigen tegen de traditionele leefregels in Brinkgreven zal onder hen een gevoel van saamhorigheid hebben gekweekt, net zoals de 'psychotherapeutisering' van de verpleegkundige opleiding. Werk en privé raakten bovendien ideologisch met elkaar verweven. De ontwikkelingen in het persoonlijk leven van verpleegkundigen hadden veel raakvlakken met nieuwe, kritische opvattingen over de psychiatrische hulpverlening en de omgang met patiënten.

Zowel verpleegkundigen als patiënten zouden meer gedragsvrijheid moeten krijgen, meer verantwoordelijkheid en meer inspraak. Zowel verpleegkundigen als patiënten werden geprikkeld tot grotere zelfreflectie, via psychotherapeutische literatuur en via moderne therapieën. De nadruk van kritische psychiaters en andere psychotherapeuten op de communicatieproblemen in de relatie met ouders zal veel jonge verpleegkundigen wellicht ook hebben aangesproken. Het bekritisseren van 'burgerlijke' ouders was destijds een belangrijk thema in de Nederlandse jeugdcultuur. Bovendien hadden veel leerling-verpleegkundigen op Brinkgreven rond 1970 zelf problemen met hun ouders, beweerde Tenten. De psychiatrische verpleging was volgens hem een aantrekkelijke optie voor mensen die graag het huis uit wilden, maar niet konden of wilden gaan studeren.⁶⁴ Ook al gediplomeerde verpleegkundigen kregen tijdens de jaren zeventig de kans zich bij te scholen, bijvoorbeeld door het volgen van de HBO-opleiding tot Inrichtingswerker of een opleiding tot sociotherapeut. Ook op deze opleidingen kwamen mensen in aanraking met moderne psychotherapeutische literatuur die in het teken stond van emancipatorische hulpverlening.⁶⁵

4.3 *Gevecht tegen de verstarring*

Stein hoopte dat de nieuw aangestelde sociale wetenschappers als katalysatoren zouden fungeren in het door hem gewenste proces om Brinkgreven om te vormen tot een therapeutische gemeenschap.⁶⁶ Inderdaad speelden gedragswetenschappers samen met het verpleegkundig personeel een centrale rol in de veranderingen die rond 1970 plaatsvonden op de paviljoens van Brinkgreven. De op Brinkgreven werkzame psychiaters lijken zich in de jaren zeventig veel bezig te hebben gehouden met het werk op de polikliniek, net als in het geval van Jan Prins, de afdelingspsychiater op Conolly. Ze gaven veel ruimte aan de psychologen.

Zoals gezegd begon psycholoog Jacob Prins al eind jaren zestig op Schroeder van der Kolk en Esquirol met het houden van Open Rapport-besprekingen. Verder begon hij eind jaren zestig ook met het houden van relatie- en gezinsgesprekken; na enkele jaren samen met Beens, die in de jaren zeventig een cursus gezins- en relatietherapie volgde in Nijmegen. Zowel Beens als Jacobs betoogden achteraf dat systeemtherapie dé grote rage was in de jaren zeventig. Een *one-way screen* zoals op Conolly was er evenwel niet op Schroeder van der Kolk. Bovendien was het daar niet, zoals op Conolly, beleid om de familieleden van de opgenomen persoon indien mogelijk meteen te betrekken bij de behandeling. Systeemtherapie stond er kortom minder vooraan in de behandeling dan op Conolly, waar men betoogde dat er geen zieke individuen bestonden maar slechts zieke systemen.

Psycholoog De Heer kreeg in 1971 de vervolgpaviljoens voor vrouwen, Lombroso en Esquirol, onder zijn hoede. Samen met psychiater Hendrickx – die van begin 1971 tot eind 1973 op Esquirol werkzaam was – voerde De Heer op deze paviljoens belangrijke hervormingen door. Lombroso was een open afdeling voor ongeveer zestig 'rustige' dames. De Heer herinnerde zich dat er allerlei patiënten door elkaar zaten: licht zwakzinnigen, defectschizofrene vrouwen, vrouwen met gedragsstoornissen. Aan het hoofd van Lombroso stond, aldus De Heer, 'een klas-sieke hoofdverpleegster van de oude stempel.' De verantwoordelijke psychiater Ruyter de Wildt kwam alleen langs op afroep, wanneer een patiënte acuut agressief, angstig of suïcidaal werd. Verder had hij zijn tijd nodig voor nieuwe opnames en voor zijn werkzaamheden op de polikliniek. De patiënten op Lombroso waren 'enorm gedrild', vond De Heer. Ze werden 's ochtends gewekt. Zonder enig probleem kwamen ze hun bed uit, ze gingen zich aankleden en daarna werken in de arbeidstherapie in het souterrain. Eens per week werden ze met zijn allen onder de douche gezet. Als de bel luidde die beneden in de gang hing, werd er gegeten. Af en toe gingen de patiënten en enkele verpleegkundigen gezamenlijk op vakantie, naar Terschelling. Volgens De Heer vormde de afdeling 'een strak geordend groot gezin.'⁶⁷

In die situatie diende verandering te komen, was niet alleen het idee van De Heer, maar in zijn beleving ook dat van de directie. Wát er precies moest veranderen, was niet geheel duidelijk, vond hij achteraf. Alles scheen evenwel te verkiezen

boven het laten voortduren van de bestaande situatie van hospitalisatie. De Heer: 'We probeerden op allerlei manieren de patronen te doorbreken. Ik heb bijvoorbeeld zelf ooit eens de bel voor het eten geluid op een raar tijdstip, zoals tien uur 's ochtends. En jawel, iedereen sjokte braaf naar de eetzaal.' Door met deze conditionering de strijd aan te gaan, werd de impliciete boodschap gegeven aan het oudere personeel dat zij het tot dan toe niet goed hadden gedaan, bespiegelde De Heer achteraf. De hoofdzuster op Lombroso raakte dan ook op een gegeven moment overspannen.⁶⁸ In 1974 was het beleid op Lombroso er volgens een interne beleidsnota op gericht om het sociaal functioneren en de zelfredzaamheid van de bewoners te verhogen. 'Samen op je boerenverstand zien dat je eruit komt', aldus de nota. 'Goed gedrag belonen en niet-gewenst gedrag corrigeren, het bevorderen van onderling (verbaal) contact en het uiten van emoties.'⁶⁹

De meeste energie lijkt echter naar paviljoen Esquirol te zijn gegaan, dat zich in de loop van de jaren zeventig ontwikkelde tot een therapeutische gemeenschap. De Heer beschreef Esquirol Beneden zoals hij het aantrof als een 'echt gekkenhuis'. De leeftijden liepen uiteen van vijfentwintig tot vijfenzestig jaar. Veel vrouwen hadden gedragsstoornissen. Een aantal dames ging niet eens naar arbeidstherapie, daartoe waren ze niet in staat. Een 'Jeroen Bosch-achtige toestand', aldus De Heer.⁷⁰ Verpleegkundige Tenten, die na zijn diplomering op Esquirol ging werken, vond Esquirol Beneden een 'strafkamp' waar lastige en drukke patiënten werden gedumpt. De vrouwen liepen door elkaar heen, soms schreeuwend. De patiënten werden de eetzaal in geleid, of gedreven als ze protesteerden. De verpleging hees zich dan van top tot teen in een 'barakschort', omdat sommige vrouwen met het eten gooiden of smeerden. Dan kwam er een grote kar binnen met daarop een grote ketel, waarin het eten zat dat goed vermalen was, zodat het ook zonder mes kon worden gegeten. Tijdens het eten kwamen alleen diepe borden met lepels op tafel; het gebruik van messen en vorken zou te gevaarlijk zijn. Na het eten werd de eetzaal grondig schoongemaakt.

Veel jonge verpleegkundigen wilden deze situatie op Esquirol graag veranderen, net als De Heer en Hendrickx. De massaliteit en sleur van het inrichtingsbestaan stonden velen van hen tegen. Bovendien verlangden ze naar meer uitdagend werk: niet langer de traditionele woonbegeleiding en verzorging maar, in de woorden van Tenten, 'meer contact met de patiënten om te begrijpen hoe hun leven in elkaar stak.'⁷¹ Begin jaren zeventig ontstond een leesclub, bestaande uit De Heer, Hendrickx en een aantal verpleegkundigen van Esquirol. Men kwam eens per maand samen bij een van de leden thuis en las van alles om inspiratie en nieuwe inzichten op te doen: van Watzlawick en Laing tot Bierenbroodspot. Na de boekbespreking dronk men gezellig een biertje. Ook ging men op bezoek in De Viersprong in Halsteren, een van de eerste therapeutische gemeenschappen in ons land.⁷² De Heer: 'Je probeerde een collectief te creëren. Samen moest je de vernieuwingen immers dragen.'

Die vernieuwingen bestonden er dus uit dat men van Esquirol een therapeutische gemeenschap probeerde te maken, volgens de principes van onder anderen

Bierenbroodspot en Maxwell Jones. Op Esquirol Beneden werden de vrouwen ingedeeld in drie 'huiskamergroepen' ofwel leefgroepen, voor jongeren, ouderen en zwakzinnigen. Op de afdeling werden huiskamertjes getimmerd, de boel werd geschilderd en gezelliger gemaakt, bijvoorbeeld door van de rommelmarkt banken te halen. Van gezelligheid had men op Esquirol geen afkeer, zoals op Conolly Beneden. Zo schafte een groepje hulpverleners een espresso-apparaat aan voor de afdeling. Dat was toen nog een grote luxe, waar per persoon een redelijk bedrag in werd geïnvesteerd.⁷³ Het initiatief heette 'Kluppie Kafé'. Personeel en bewoners van heel Brinkgreven konden op Esquirol een lekker bakje koffie komen halen, tegen betaling. Leden van Kluppie Kafé betaalden een gereduceerde prijs. De winst die men na verloop van tijd begon te maken, werd besteed aan een jaarlijks Italiaans feest voor de bewoners van Esquirol.

In de zwakzinnigen- en ouderengroepen stonden gedragstherapie en het bieden van een duidelijke structuur voorop. Door middel van het zogenaamde *token economy*-systeem, afkomstig uit de gedragstherapie, probeerde men de bewoners uit deze leefgroepen te activeren. Goed gedrag, bijvoorbeeld in de vorm van een betere persoonlijke hygiëne, werd beloond met een muntje waarvoor men iets kon kopen, of met meer vrijheden of deelname aan een leuke activiteit. De activering verliep niet altijd even soepel en De Heer raakte soms gefrustreerd, vertelde hij achteraf. Uit ergernis over de weinig beschaafde eetgewoonten van sommige vrouwen gooide hij ooit de stampot, yoghurt en jus door elkaar, onder het mom: 'Jullie eten als varkens, dan krijgen jullie ook varkensvoer.'⁷⁴

Volgens Hendrickx was de doelstelling om op Esquirol een therapeutisch milieu op te bouwen dat gericht was op resocialisatie niet realistisch voor het merendeel van de daar aanwezige patiënten. Hendrickx: 'Het was wel een enorm prettige tijd, met goede samenwerking en mooie ideeën. Maar ik vond na enige tijd toch, dat de doelstelling voor zo'n 80 procent van de patiënten niet echt haalbaar was. We werden zeer gevoelig voor de risico's die er mogelijk aan verbonden waren om te werken vanuit de ideeën van de therapeutische gemeenschap. Die leidden tot een intensivering van de contacten tussen patiënten onderling, en tussen patiënten en personeelsleden. Voor sommige patiënten bleek de druk van deze intense interacties soms te groot.'⁷⁵

Psycholoog De Heer zette echter door, ook na het vertrek van Hendrickx in 1974. Langzamerhand werd de groep zwakzinnigen en ouderen op Esquirol kleiner. Men probeerde hen zoveel mogelijk onder te brengen in andere instellingen. Zo ontstond ruimte om nieuwe patiënten op te nemen vanaf de opnameafdeling Schroeder van der Kolk. Rond 1980 begon Esquirol ook mannen op te nemen, aangezien er toen ook een gemengde opnameafdeling ontstond op Brinkgreven. De groep jongeren groeide en de afdeling kreeg steeds meer het karakter van een 'echte' TG. Bij de jongerengroep gingen de behandelaars meer ontdekkend te werk. De Heer meende indertijd dat een psychische crisis een zekere functie had en significant was voor wat speelde in iemands leven en persoonlijke ontwikkeling. Het stellen van een diagnose vond hij minder belangrijk dan het achterhalen

van de reden dat iemand in crisis was geraakt.⁷⁶ In deze zoektocht naar de zin in de waanzin speelde ook op Esquirol het gezin rondom de bewoners een rol. Hendrickx had tijdens zijn opleiding tot psychiater ervaring opgedaan met gezins- en relatietherapie en De Heer volgde in 1973 een cursus gezinstherapie.

Volgens De Heer was 'losmaking' vaak een thema tijdens de gezinsgesprekken op Esquirol. 'We gingen uit van het idee dat het gedrag van het gezin eraan bijdroeg dat een psychose ontstond.' Verpleegkundige Belt zat vaak met kromme tenen bij deze familiegesprekken, zo vertelde hij achteraf. Hij geneerde zich over wat daar allemaal gezegd werd.⁷⁷ Gezinstherapie stond op Esquirol echter in mindere mate voorop in de behandeling dan op Conolly of Schroeder van der Kolk. Op Esquirol stond de groepsinteractie op de afdeling centraal, enerzijds in de *patient-staff-meetings*, anderzijds via de groepstherapieën en het leefgroepenmodel. Na verloop van tijd ontstond ook een behandelgroep voor volwassenen. Begin jaren tachtig werd geprobeerd om Esquirol lid te maken van de Vereniging voor Werkers in Psychotherapeutische Gemeenschappen in Nederland. Dat lukte evenwel niet, volgens De Heer omdat de Vereniging de TG-gedachte onverenigbaar achtte met een gesloten opname-setting.⁷⁸ Esquirol was immers van oudsher een gesloten vervolgafdeling voor 'onrustige' patiënten.

'MANNUS'

De zesentwintigjarige boekhouder Mannus, een bewoner van Conolly wiens dossier onderdeel was van de dossiersteekproef die in het vorige hoofdstuk is besproken, kwam in 1983 op Esquirol terecht in de jongerengroep.⁷⁹ Zijn ervaringen op deze afdeling stonden uitgebeid beschreven in het dossier en bieden een indruk van het therapeutisch klimaat op Esquirol zoals dat tijdens de jaren zeventig was gegroeid. Mannus was in 1978 kort op Conolly opgenomen geweest, wegens verregaande zelfverwaarlozing en psychotisch gedrag. Hij werd vijf jaar later wederom op Brinkgreven opgenomen en kwam al snel terecht op Esquirol. Het verblijf van Mannus op deze afdeling duurde bijna twee jaar. De doelstellingen waren om hem te leren beter op zijn zelfverzorging te letten en om zijn passieve opstelling te veranderen in meer actief en sociaal gedrag. Verder stelde men Mannus in op antipsychotische medicatie.⁸⁰

Aanvankelijk had men problemen met Mannus, die onbeschermd seks had met een vrouwelijke medepatiënte en regelmatig hasj rookte en te veel dronk. Naast het reguleren van dit gedrag probeerde men hem te stimuleren tot meer contact met de groep, onder meer door hem mentor te maken van medepatiënten of door hem hand-in-handbegeleiding te laten doen van groepsgenoten die het moeilijk hadden. Na enige tijd plaatste men Mannus over van de 'oriëntatiegroep' naar de 'middengroep', omdat hij 'meer oog had gekregen voor anderen'. Ook was hij minder vaag over zijn gevoelens. In de middengroep moest hij gaan werken aan het schrijven van zijn 'levensverhaal'. Problemen met de zelfverzorging bleven echter bestaan en Mannus bleef al met al toch te passief, vond men na

ruim een jaar. Zijn vermijdende gedrag, door bij spanningen in bed te gaan liggen of te vluchten in drank en drugs, bleef een probleem. Eind 1985 ging Mannus op kamers wonen in Deventer. Het liep uiteindelijk slecht met hem af. Na nog enkele opnames in de jaren tachtig, wegens paranoïde denkbeelden en agressief of incoherent gedrag, pleegde hij uiteindelijk zelfmoord.

De therapeutische cultuur op Esquirol leek op die op Conolly in die zin, dat psychotherapie er centraal stond in de behandeling en dat men zocht naar de zin in de waanzin. Ook het streven om de persoonlijkheid van mensen te veranderen op een fundamenteel niveau vormde een punt van overeenkomst tussen Conolly en Esquirol. Verschil was echter dat op Esquirol de groepsprocessen op de afdeling meer voorop stonden dan op Conolly, waar de meeste energie gestoken werd in de systeembenadering. Het stimuleren van de onderlinge contacten tussen bewoners was op Esquirol een duidelijker thema dan op Conolly. Ook speelden ervaringen uit het verleden van de bewoners op Esquirol een belangrijker rol dan op Conolly, waar men zich richtte op de interactie tussen mensen in het 'hier-en-nu'. Op Conolly achtte men vooral het non-verbale niveau van communicatie van belang, meer dan de inhoud van hetgeen mensen vertelden. De vraag wat de bewoners in de toekomst wilden gaan doen met hun leven speelde daar een belangrijker rol dan de vraag naar iemands levensgeschiedenis. De toon van de opmerkingen van verpleegkundigen op Esquirol leek ook, afgaande althans op het ene dossier van Mannus, anders dan de toon die soms in de dossiers van Conolly te vinden was. Op Esquirol leken de verpleegkundigen zich meer ondersteunend dan confronterend op te stellen.

ACTIVERING ALOM

Dan waren er nog de afdelingen Griesinger en Meynert, respectievelijk een open vervolgfafdeling voor 'rustige' en voor 'onrustige' mannen. Hier namen psycholoog Ben Kempers en psychiater François het voortouw in een veranderingsproces. Ook bij hen leefde duidelijk de wens om deze afdelingen om te vormen tot afdelingen waar resocialisatie en psychotherapeutische behandelvormen voorop zouden staan. In 1974 stond in een interne nota te lezen dat Griesinger een 'leef- en woongemeenschap' was geworden, waar de persoonlijke groei van de bewoners werd gestimuleerd door hen te confronteren met hun gedrag.⁸¹ Door middel van groepstherapieën en afdelingsbesprekingen probeerde men de bewoners te leren zich te uiten, kritisch te reflecteren op hun relaties met anderen en op hun eigen probleemoplossend gedrag, en hun eigen verantwoordelijkheid te stimuleren. Er waren diverse gespreksgroepen. Zo was er een 'ontdekkende' groep, waar men werkte vanuit een mengeling van analytische inzichten en methoden, non-verbale technieken, Rogeriaanse en Gestalt-modellen. Verder kende Griesinger een 'structurerende trainingsgroep' voor mannen van middelbare leeftijd, die al langer op de afdeling verbleven. Ten slotte was er nog een gespreksgroep voor bejaarde mannen. Met een enkeling werden individuele gesprekken gevoerd. Ook

vonden 'waar nodig en mogelijk' relatie- en gezinsgesprekken plaats. Het behandelplan werd in samenspraak met de bewoners samengesteld. Medicijnen bekeek men op Griesinger 'kritisch', omdat ze niet goed strookten met de filosofie van de afdeling, te weten 'confronteren en trainen'. Farmacotherapie leidde vaak tot afhankelijkheid en passiviteit, vond men.

Op paviljoen Meynert, oorspronkelijk bedoeld als gesloten vervolgafdeling voor 'onrustige mannen', waren activering en resocialisatie het streven. In 1973 startte men met een training in sociaal gedrag. Zo waren er lessen in omgaan met verkeer en kooklessen. Drie mensen werden zodanig geresocialiseerd dat ze buiten de inrichting werk konden vinden. Een aantal patiënten ging samen, zonder toezicht, op vakantie naar Duitsland. Ze organiseerden de vakantie zelf.⁸² In de loop van de jaren zeventig gingen de afdelingen Lombroso en Meynert samen in het zogenaamde huisjesplan. De bewoners werden voorbereid op een zo zelfstandig mogelijk leven in sociowoningen op het terrein van Brinkgreven. Op paviljoen Kraepelin ten slotte, de afdeling voor psychogeriatrische patiënten, werd in de loop van de jaren zeventig ook meer aandacht besteed aan de zelfredzaamheid van de bewoners en het gezelliger maken van het dagelijks leven op de afdeling.

Een algehele wens tot verandering en intensivering van de bemoeienis met de patiënten typeerde dus het therapeutisch klimaat op Brinkgreven in de jaren zeventig. Waar mogelijk werd geprobeerd afdelingen om te vormen tot therapeutische gemeenschappen, waar gedragsconfrontatie, openheid, en praten over relaties en emoties centraal moesten staan. Overal werd geprobeerd bewoners een gevoel van eigen verantwoordelijkheid voor hun gedrag en levensgeluk bij te brengen. Op de chronische afdelingen beperkte de activiteit zich tot het aanleren van sociaal acceptabeler gedrag en zelfredzaamheid.

Daarnaast was de vernieuwingsdrang uit de jaren zeventig ook voor een belangrijk deel psychotherapeutisch van aard. Sociotherapie, groepstherapie, gezins- en relatietherapie: al deze zaken die voorheen vooral mogelijk waren in universiteitsklinieken, ambulante instellingen en therapeutische gemeenschappen, of slechts bereikbaar voor een selecte groep gestichtspatiënten, probeerde men nu voor alle inrichtingsbewoners toegankelijk te maken. Opvallend is dat enerzijds een groot belang werd gehecht aan de groep: door middel van hun omgang met anderen moesten mensen 'dingen ontdekken over zichzelf'. Socialer gedrag stond hoog in het vaandel. Anderzijds was zelfverantwoordelijkheid een belangrijk streven. Mensen mochten de verantwoordelijkheid voor hun leven niet afschuiven op anderen. Ze moesten ervan worden weerhouden, weg te zakken in de passiviteit van de patiëntenrol. Daartoe werden zij gewezen op hun keuzevrijheid. Ze konden vluchten voor zichzelf of aan zichzelf werken.

De vernieuwingen op de paviljoens lijken vooral te zijn gedragen door psychologen en verpleegkundigen. Waarschijnlijk waren de psychiaters, net als Jan Prins van Conolly, veelal werkzaam op de opnameafdelingen of de polikliniek, die in deze periode immers explosief groeide. Op de psychosociale achtergronden van individuele problemen lag tijdens de jaren zeventig een sterke nadruk. Ondanks

het feit dat van psychofarmaca zeker gebruik werd gemaakt, was de status ervan gering en daalde ook de status van de psychiater als medisch deskundige. Ondertussen echter vergat directeur Stein te midden van alle psychotherapeutische dandendrang de biologische aspecten van de klinische psychiatrie niet. Hij was zelfs voorzitter van de Coördinatie Commissie Biochemisch Onderzoek. Op 26 november 1974 kwam deze commissie in Brinkgreven bijeen voor een lezing van psychiater Herman van Praag. Deze pleitte voor biochemisch onderzoek in psychiatrische ziekenhuizen, onderzoek dat volgens hem helaas de tijd niet mee had. Er was weinig geld voor, vond Van Praag, in vergelijking tot de middelen die beschikbaar waren voor onderzoek op de terreinen van psychologie en sociologie. 'Biochemisch onderzoek in de psychiatrie is geen esoterisch tijdverdrijf, maar heeft grote praktische implicaties t.a.v. diagnostiek en therapie', betoogde Van Praag. 'Er bestaat geen gedrag zonder corresponderend [biologisch] substraat. Dit wil niet zeggen dat geestesziekten hersenziekten zijn, maar men moet toch wel steeds de functie van de hersenen onder ogen zien. Men kan dit geheel niet als een centrale black box beschouwen, zoals veel psychologen en sociologen willen.'⁸³ De biologische psychiatrie was in opkomst, maar bevond zich vooralsnog duidelijk in de verdediging.

4.4 Conclusie

Bezien binnen de context van de ontwikkelingen in heel Brinkgreven blijken de gebeurtenissen op Conolly kortom heel wat minder uniek dan de ontstaansgeschiedenis van die afdeling, zoals beschreven door het behandelteam, wil doen geloven. In het boek over de veranderingen in werkwijze op Conolly begin jaren zeventig werd met geen woord gerept over vergelijkbare veranderingen op andere afdelingen, noch over de grote mate van steun die men ontving van de directie. In heel Brinkgreven leefde echter de kritiek op een eenzijdig medisch model. Al vanaf 1962 verkondigde Stein zijn streven om van Brinkgreven een therapeutische gemeenschap te maken.

Kwam de vernieuwingsdrang tijdens de jaren zestig nog voor een belangrijk deel 'van bovenaf', rond 1970 werd op grote schaal 'van onderaf' gepleit voor ingrijpende veranderingen in Brinkgreven, dat wil zeggen door verpleegkundigen. Psychologen speelden een belangrijke verbindende rol in deze democratisering van de vernieuwingsdrang, evenals de moderne kritische en psychotherapeutische literatuur. Die speelde een belangrijke rol in het formuleren van kritiek op de bestaande hulpverleningspraktijk en ook in het creëren van een groepsgevoel, dat nodig was indien men samen de gang van zaken wilde veranderen, zoals psycholoog De Heer het verwoordde. Niet alleen op Conolly, maar op alle afdelingen van Brinkgreven streefde men naar een humanisering van het psychiatrische werk, naar meer contact met en openheid naar de patiënten, meer psychotherapie in de behandeling en horizontalere werkverhoudingen. Overal stond een emanci-

patoir soort van hulpverlening voorop, gebaseerd op de notie dat een psychische crisis een functie had in iemands leven en relaties. Het stimuleren van de keuzevrijheid en verantwoordelijkheid bij bewoners of cliënten, zoals de patiënten in deze periode gingen heten, was op alle afdelingen een centraal doel.

Overall was de waardering voor psychofarmaca gering en verminderde het vanzelfsprekende ontzag voor psychiaters. De multidisciplinaire, psychosociale koers was door de directie al tijdens de jaren zestig ingezet en werd in de jaren zeventig verder gestimuleerd, bijvoorbeeld door het aantrekken van psychologen en een andragoge. Tijdens dit decennium werd de wens tot verandering ook van onderaf opgepikt, door de jongere verpleegkundigen die massaal het ziekenhuis instroomden en die een vruchtbare samenwerking aangingen met psychologen. In heel Brinkgreven werden eind jaren zestig Open Rapport-besprekingen opgestart en gold psychotherapie, vooral in de vorm van gezins- of groepstherapie, als belofte voor de toekomst. De literatuur die mensen lazen, en waarmee nieuwe verpleegkundigen zelfs officieel werden opgeleid op De Zuysel, was ook grotendeels dezelfde als op Conolly.

Toch valt Conolly te beschouwen als de meest radicale uiting van het algehele klimaat van psychotherapeutische vernieuwingsdrang. Alleen op deze afdeling lazen bewoners zelf de verpleegkundige rapportages over hen voor en niet de verpleegkundigen. Op deze afdeling trok men ook de uiterste en meest consequente conclusies uit het systeemdenken dat onder anderen Watzlawick en Laing verkondigden. Zowel het therapeutisch optimisme als de ambitie waren op deze afdeling sterker dan elders. Terwijl op andere afdelingen de nieuwe psychotherapeutische methoden en inzichten ingang vonden als *toevoeging* op het reeds bestaande klinisch-psychiatrische model, waren de medewerkers op Conolly uit op *revolutie* – op een totale hervorming van de fundamentele uitgangspunten van de psychiatrie. Uitgangspunt van de behandeling moest niet langer de individuele opgenomen patiënt zijn, maar diens hele systeem. De 'geïdentificeerde patiënt' was immers niet ziek in medische zin, maar vertoonde symptomen die functioneel waren binnen een pathologisch gezinssysteem. Wanneer het gestoorde gedrag van het individu bekeken werd binnen diens sociale context, bleek er zin in de waanzin te zitten. Er moest dus *altijd* naar het gezin rondom de patiënt worden gekeken – niet alleen in sommige gevallen, zoals op Schroeder van der Kolk of andere afdelingen, waar gezinstherapie een minder centrale plaats lijkt te hebben ingenomen dan op Conolly. Het therapeutisch optimisme was op Conolly groter dan elders.

Deze extremere instelling van de hulpverleners op Conolly ging gepaard met een vijandigere houding jegens psychiaters dan op andere afdelingen. Psychiaters werden op Conolly beschouwd als exponenten van het 'oude' psychiatrische denken, dat nog handelde vanuit de ziekte van de individuele patiënt. Op andere afdelingen ging men meer pragmatisch om met de psychiaters. Die hadden zo hun eigen bezigheden en inbreng, zoals het stellen van diagnoses, het schrijven van psychiatrische rapporten en ontslagbrieven, en het voorschrijven van medicatie.

Ondertussen konden psychologen, andragogen en verpleegkundigen naar hartelust experimenteren met nieuwe vormen van psychotherapie. Op Conolly gingen men de strijd aan met psychiaters die niet dachten in de lijn van het behandelteam. Daarbij was het behandelteam op deze afdeling ambitieuzer dan op andere afdelingen. Men publiceerde over de eigen bezigheden en zocht contact met onder anderen psychiater Trimbos en met universitaire opleidingen sociale psychologie.

Persoonlijkheden van hulpverleners speelden waarschijnlijk een belangrijke rol in het ontstaan van deze heftiger en ambitieuzere vernieuwingsdrang. Langzaam groeide op Conolly een groep gelijkgestemden, die volgens sommige betrokkenen een tamelijk elitair karakter had.⁸⁴ Van de personeelsleden op Conolly werd ook een bepaalde inzet en inbreng verwacht, meende verpleegkundige Ader, die ter illustratie vertelde hoe hij ooit in Brinkgreven in een boekhandel stond te snuffelen. Net toen hij met Fromms *Angst voor de vrijheid* in zijn handen stond, tikte Riet Muller hem op de rug. 'Zo Hans', zei ze. 'Ben je jezelf eindelijk aan het bijscholen?' Ader zelf vertrok, na ongeveer een jaar op Conolly te hebben gewerkt, naar Kraepelin Vrouwen, een psychogeriatrische afdeling die in de ogen van Conolly weinig status genoot. De ideologische beladenheid van het werken op Conolly en de persoonlijke inzet die van medewerkers werd gevraagd vielen hem te zwaar.

Door deze manier van zelfpresentatie en door deze grote aspiraties, alsmede door de kracht van bepaalde persoonlijkheden uit het behandelteam, trok Conolly gaandeweg veel kritische en ambitieuze werknemers uit het ziekenhuis naar zich toe. Volgens veel geïnterviewden werd op Conolly met enig *dédaïn* gekeken naar de rest van het ziekenhuis. Op Schroeder van der Kolk vond men het tam en tuttig. Op Esquirol was het zweverig, te gezellig en werd te lang gepraat met de bewoners over hun verleden en gevoelens zonder dat er wat met hen 'gebeurde'. De chronische paviljoens waren 'sterfhuizen'. Hoofdverpleegkundige van Conolly Bart Boersma vertoonde zich zelden op de vergaderingen voor alle verpleegkundige hoofden van Brinkgreven. Conolly kreeg op haar beurt de reputatie te hard en te confronterend te zijn jegens bewoners. Veel mensen vonden deze afdeling bovendien nogal arrogant.

Door haar stelligheid over de sociale aard van geestesziekten en over de meest wenselijke behandelwijze en toekomstige koers voor de psychiatrie, zondigde Conolly tegen een aantal ongeschreven wetten in de psychiatrische hulpverlening. Dat de psychiatrische hulpverlening een moeilijk en veelzijdig vak is waarin experimenteren een belangrijke rol speelt, is voor veel hulpverleners een stilzwijgend uitgangspunt. Daarmee gepaard gaat een zekere bescheidenheid, een besef van de noodzaak van eclecticisme, een zekere weerzin tegen pottenkijkers en schroom in het bekritisieren van collega's. De medewerkers van Conolly daarentegen koesterden een kenmerkende weerzin tegen de aanduiding 'experiment' voor de veranderingen op hun afdeling in de jaren zeventig. Men experimenteerde niet zomaar wat – men gaf de toekomst van de psychiatrie vorm. De Heer, Prins en Beens be-

nadrukten daarentegen juist dat ze in de jaren zeventig zoekende waren, allerlei nieuwe inzichten combineerden en voor een belangrijk deel voeren op hun intuïtie.

Conolly was kortom de meest extreme doorvoering van het ideaal van Stein om Brinkgreven te hervormen van een asiel, een bewaarplaats, in een behandelcentrum. Op Conolly zocht men de grenzen van bestaande ideeën op en liep men aan tegen de grenzen ervan. Uiteindelijk wilde Brinkgreven haar asiel functie toch principieel behouden. Het nieuwe, op psychotherapeutische behandeling en re-socialisatie gerichte klimaat zag men als toevoeging aan de asiel functie en niet als vervanging hiervan, zoals Conolly deed.