



## 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.

## ‘Oorlog in de psychiatrie’

*Protest tegen het ‘medisch model’ in de klinische psychiatrie tijdens de jaren zeventig*

De bestseller *Wie is van hout... een gang door de psychiatrie* (1971) van psychiater Jan Foudraïne sloeg in de intramurale psychiatrie in als een bom. Geregeld kwamen patiënten en hun familieleden in psychiatrische inrichtingen aandragen met het boek, om hun behandelende psychiaters te confronteren met Foudraïne’s kritische ideeën.<sup>1</sup> Onder inrichtingspsychiaters waren de meningen over *Wie is van hout...* verdeeld. Zowel psychiatrisch centrum St. Willibrord als psychiatrisch ziekenhuis Vogelenzang nam Foudraïne medio jaren zeventig in dienst, om zijn ideeën in de praktijk te komen brengen.<sup>2</sup> De stafleden van het psycho-medisch streekcentrum Vijverdal in Maastricht daarentegen stelden in 1971 dat *Wie is van hout...* beter ‘van dik hout zaagt men planken’ genoemd kon worden.<sup>3</sup>

Veel verpleegkundigen, in Vijverdal en ook elders, namen de denkbeelden van kritische psychiaters als Laing en Foudraïne ondertussen gretig tot zich.<sup>4</sup> Volgens een van hen leek het indertijd alsof er ‘een hele nieuwe wereld openging voor de psychiatrie.’<sup>5</sup> De hervormingsgezindheid die rond 1970 heerste in psychiatrisch ziekenhuis Brinkgreven en waarvan Conolly de meest radicale uiting vormde, was kortom niet uitzonderlijk, zoals dit hoofdstuk wil laten zien. Ook op veel plaatsen elders in de Nederlandse intramurale psychiatrie was het psychotherapeutisch optimisme tijdens de jaren zeventig groot en protesteerden verpleegkundigen, psychologen en ook psychiaters tegen het ‘medisch model’. In de woorden van psychiater Frank van Ree, destijds werkzaam in psychiatrisch ziekenhuis Vogelenzang in Bennebroek, was het in de jaren zeventig ‘oorlog in de psychiatrie’.<sup>6</sup>

De oorlog in de klinische psychiatrie draaide om een strijd tegen het medisch model – een amorf begrip, dat in dit hoofdstuk in diverse aspecten zal worden onderverdeeld. Het protest tegen het medisch model in de klinische psychiatrie zoals dat leefde onder journalisten, kunstenaars, alternatieve hulpverleners en academici, was in feite een pleidooi voor een verruiming van de individuele gedragsvrijheid, voor een democratisering van de gezagsverhouding tussen psychiaters enerzijds en leken en patiënten anderzijds, en voor meer emotionele openheid in de samenleving. Zoals in hoofdstuk 2 is beschreven, stonden de idealen

van vrijheid, gelijkheid en openheid centraal in de culturele ontvangst van de kritische psychiatrie. De idealen van vrijheid, gelijkheid en openheid vormden ook de rode draad in de vernieuwingsdrang die rond 1970 heerste op de werkvloer van de klinische psychiatrie – zoals reeds aan de orde kwam in de voorgaande twee hoofdstukken over Conolly en Brinkgreven.

Het vrijheidsideaal, dat aan bod komt in paragraaf 5.1, uitte zich middels de wens om personeel én patiënten te bevrijden van de bevoogdende leefregels die het dagelijks leven in de intramurale psychiatrie van oudsher bepaalden. De vooruitstrevende opnameafdeling de 'Hobbitstee' bijvoorbeeld, die in 1978 werd geopend in psychiatrisch ziekenhuis Endegeest, wilde niet langer functioneren volgens het medisch model maar als gastvrije, gezellige 'vluchtheuvel', in de sfeer van de Hobbits uit de boeken van Tolkien.<sup>7</sup> Verpleegkundigen namen afstand van hun traditionele verzorgende taken. Patiënten hoefden niet langer verplicht vroeg naar bed, vroeg op en overdag actief deel te nemen aan de arbeids-, bewegings- of creatieve therapie. Het gelijkheidsideaal, dat centraal staat in paragraaf 5.2, leidde in de klinische psychiatrie tot een betoog voor een democratisering en humanisering van de relaties tussen hulpverleners onderling, en tussen hulpverleners en patiënten. Richtinggevend was het motto van Foudraïne's *Wie is van hout...*: 'We are all much more simply human than otherwise': we zijn allen bovenal mens.<sup>8</sup>

Ten slotte was de strijd tegen het medisch model op behandelinhoudelijk niveau een pleidooi voor emotionele openheid. Zoals in 5.3 wordt beschreven, waren kritische hulpverleners voor 'praten', ofwel de toepassing van inzichtgevende of systeemtherapeutische vormen van psychotherapie, en tegen de dominantie van psychofarmaca, die te boek stonden als vijanden van de gewenste emotionele openheid. Zo schreef psychiater Joost Mathijsen, destijds werkzaam op Amsteland en een groot fan van Laing, in 1970 dat de bestaande klinische psychiatrie 'infantiel' was. Psychiaters beperkten hun handelen tot de buitenkant, de symptomen. De 'infantielen', aldus Mathijsen, gaven steun, opvang, schouderklopjes en 'aanpassingsmedicijnen'. Een volwassen psychiatrie daarentegen, 'de psychiatrie op haar best' aldus Mathijsen, nam hiermee geen genoegen maar probeerde 'de wortels te vinden' van de psychische problemen door 'onbewuste gevoelens bewust te maken.' Waar de infantiele psychiatrie gepreoccupeerd was met 'sussen, aanpassen en toedekken' zou de volwassen psychiatrie streven naar 'ontmaskering, verheldering, ontdekking.'<sup>9</sup>

In paragraaf 5.4 wordt vervolgens aandacht besteed aan het thema van het 'ziekmakende gezin'. In de landelijke rage rond de kritische psychiatrie was dit een dominant thema, zoals hoofdstuk 2 liet zien. Op Conolly betoogde men zelfs dat er geen zieke individuen bestonden, maar alleen zieke systemen. Ook elders in de intramurale psychiatrie waar men streefde naar vernieuwing van de psychiatrische hulpverlening stonden ziekmakende gezinsrelaties centraal. In de laatste paragraaf van dit hoofdstuk ten slotte komt de vraag naar de grenzen van het wijdverbreide protest tegen het medisch model aan de orde.

### 5.1 *Vrijheid van betutteling*

Van de theatervoorstelling *Toestanden* van Het Werkteater, die in 1972 was ontstaan en die midden jaren zeventig nog steeds door dit gezelschap werd gespeeld, maakte regisseur Thijs Chanowski in samenwerking met Het Werkteater in 1975 een film, met subsidie van het ministerie van CRM.<sup>10</sup> Een hilarische scène uit de film, die op de Nederlandse televisie werd uitgezonden en een groot bioscoopsucces was, is getiteld 'Experiment'.<sup>11</sup> Daarin probeert een psychiatrisch verpleegkundige de lethargische verstarring van het inrichtingsbestaan te doorbreken. Hij krijgt van de directie toestemming om een experiment uit te voeren: hij mag één 'dageenheid' geheel naar eigen inzicht invullen. De afdelingspsychiater wil wel mee, om te observeren. De verpleegkundige besteedt het dagdeel aan een picknick met een groep patiënten. Normaal gesproken eet men binnen en worden sommige patiënten als kleine kinderen door de verpleegkundigen gevoerd. Tijdens de picknick moet iedereen zijn eten zelf klaarmaken en opeten. Alles gaat goed, totdat de patiënten de barbecue aansteken. De afdelingspsychiater, die het hele gebeuren al vanaf het begin nerveus gadeslaat, begint nu zo gespannen rond te dribbelen dat de patiënten ook zenuwachtig worden en de barbecue omvalt. 'Daar heb je het al, het gedonder!', roept de psychiater triomfantelijk. 'Geen paniek! Niet schreeuwen!', schreeuwt hij de groep toe. Hij berispt de verpleegkundige: 'Het zijn wel patiënten. Dat vergeet jij een beetje.'

De scène, hoewel fictief, is tekenend voor de daadwerkelijke ontwikkelingen in de klinische psychiatrie begin jaren zeventig. Niet alleen in psychiatrisch ziekenhuis Brinkgreven, maar ook op veel lokaties elders in de intramurale psychiatrie streefden hulpverleners naar een radicale breuk met de in hun ogen bevoogdende leefregels, die zowel de patiënten als de verpleegkundigen 'klein' hielden. In 1969 bijvoorbeeld was in het provinciale psychiatrische ziekenhuis Santpoort de therapeutische gemeenschap voor adolescenten Amstelland opgericht.<sup>12</sup> Het contrast tussen deze nieuwe afdeling en de rest van het ziekenhuis was aanvallend zeer groot. De deuren van Amstelland waren open, het uiterlijk van de afdeling was rommelig en gezellig, en de tolerantie ten opzichte van het gedrag van bewoners was groot.

De jonge bewoners van deze afdeling zwommen in de vijver op het inrichtingsterrein, zaten open en bloot te zoenen op bankjes in het park, ze luidden stiekem de bel van de kapel op het terrein van Santpoort, ze draaiden harde popmuziek en ze rookten joints, hetgeen werd gedoogd op Amstelland. Het hoofd van de afdeling, de destijds 33-jarige psychiater Jan van de Lande, liep net als de bewoners van Amstelland over het inrichtingsterrein rond met lang haar en blote voeten. Het vrije gedrag van de 'Amstellandertjes' was veel personeelsleden van Santpoort een doorn in het oog. Jarenlang hadden zij zich moeten onderwerpen aan strenge leefregels, bijvoorbeeld wat betreft het contact tussen mannen en vrouwen. Lopen op de gazons was strikt verboden. En nu werden al deze regels plotse-ling, zonder noemenswaardig protest vanuit de directie, met voeten getreden.

DE THERAPEUTISCHE GEMEENSCHAP:  
HET GROTE IDEAAAL VAN DE JAREN ZEVENTIG

Vooruitstrevende afdelingen als Amstelland vervulden een voorbeeldfunctie voor veel kritische hulpverleners tijdens de jaren zeventig. Het ideaal van de therapeutische gemeenschap (TG), dat al stamde uit de jaren vijftig, werd toen toonaangevend in de Nederlandse klinische psychiatrie. De concept was geïntroduceerd door de Engelse psychiater Maxwell Jones, die tijdens de Tweede Wereldoorlog werkte in het Londense Maudsley Hospital, waar hij neurotische soldaten behandelde. Mede door de chaotische oorlogssituatie werden de omgangsvormen op de afdeling al snel informeler dan gebruikelijk. Zogenaamde *patient-staff-meetings* ontstonden, groepsbijeenkomsten voor alle patiënten en personeel. Van alles kwam daar aan de orde, van de dagelijkse gang van zaken op de afdeling tot de persoonlijke achtergrond van de soldaten. De manier waarop patiënten reageerden op de groepsdynamiek op de ziekenhuisafdeling, ontdekte Jones, was tekenend voor de manier waarop ze ook buiten het ziekenhuis omgingen met mensen en situaties. Binnen de veiligheid van de groep konden deze gedragspatronen worden benoemd en geanalyseerd. Vervolgens kon worden geëxperimenteerd met nieuwe vormen van gedrag. De leefgemeenschap op de afdeling had dus een therapeutisch nut.<sup>13</sup>

In ons land verspreidde het gedachtegoed van Jones zich vooral door de publicatie van het eerdergenoemde boek van psychiater Peter Bierenbroodspot, *De therapeutische gemeenschap en het traditionele psychiatrische ziekenhuis* (1969),<sup>14</sup> dat ook op Conolly een belangrijke bron van inspiratie was. Vrijheid en 'permissiviteit' werden door Bierenbroodspot omschreven als belangrijke pijlers van de TG. De bewoners moesten de ruimte krijgen om hun persoonlijkheid in hun gedrag uit te drukken. Psychiater Van Ree kreeg van de directeur van psychiatrisch ziekenhuis Vogelenzang het verzoek om van de afdeling Zuideroord een TG te maken zoals door Bierenbroodspot beschreven.<sup>15</sup> Tussen 1969 en 1972 ging Van Ree voortvarend aan de slag om de 'dogmatische verstarring' op Zuideroord te doorbreken.<sup>16</sup> Op het 'nieuwe' Zuideroord stond vrijheid in het dagelijks leven voorop. Net als op Amstelland gingen ook hier de deuren van de afdeling open.<sup>17</sup> Bewoners beschilderden de wanden van de afdeling in felle kleuren en 'blote jongens en meisjes' dansten rond in de groepskamers. Seksuele omgang tussen bewoners was toegestaan.<sup>18</sup> Ook binnen Vogelenzang wekte de vermeende anarchie op de nieuwe TG weerstand op, aldus Van Ree.<sup>19</sup>

Al gauw was het ideaal van de therapeutische gemeenschap een ware rage geworden, zowel binnen de klinische psychiatrie als daarbuiten. In 1970 verscheen een film over Amstelland op de Nederlandse televisie, die ook in alternatieve Amsterdamse jongerencentra werd vertoond.<sup>20</sup> Over Zuideroord werd begin jaren zeventig een televisiedocumentaire gemaakt.<sup>21</sup> De aanvragen voor opname in een van deze vooruitstrevende TG's stroomden binnen. Zelfs 'gezonde' mensen hadden volgens Van Ree belangstelling. Hij vertelde dat zich ooit een 'kleurrijk uitge-

doste' jongeman op Zuideroord meldde, die opgenomen wilde worden om een 'bijzondere ervaring' op te doen.<sup>22</sup> Hij werd opgenomen.

Het aantal TG's in ons land was vanaf 1965 flink gestegen. Voordien bestond hier slechts een handjevol therapeutische gemeenschappen, of 'neurosenklinieken' zoals ze tijdens de jaren vijftig en begin jaren zestig nog heetten.<sup>23</sup> In 1973 richtte een groep psychiaters, psychologen en verpleegkundigen die in deze TG's werkzaam waren de Vereniging voor Werkers in Psychotherapeutische Gemeenschappen (VWPG) op.<sup>24</sup> De Vereniging maakte een onderscheid tussen gewone leden, die werkten in TG's die door de Vereniging erkend waren, en buitengewone leden, die op afdelingen werkten die wel een TG wilden worden, maar die nog niet waren erkend door de Vereniging. In 1984 kende ons land veertien erkende TG's.<sup>25</sup> De criteria voor erkenning waren niet erg helder en aan een officiële erkenning door de VWPG zat een omslachtige aanvraag- en visitatieprocedure vast. Desondanks deden veel afdelingen van psychiatrische ziekenhuizen die als een therapeutische gemeenschap waren opgezet tijdens de jaren zeventig een poging om erkend te worden als 'echte' TG, zoals de afdeling Esquirol van psychiatrisch ziekenhuis Brinkgreven (zie hoofdstuk 4).<sup>26</sup>

Erkende TG's of niet, op veel afdelingen van psychiatrische ziekenhuizen probeerde men tijdens de jaren zeventig de regels wat betreft hygiëne en de verplichte structuur van het dagelijks leven losser te maken. In het Brabantse psychiatrisch ziekenhuis Voorburg bijvoorbeeld probeerden twee psychiaters om het chronische vrouwenpaviljoen Martha om te vormen tot therapeutische gemeenschap.<sup>27</sup> De deuren gingen open en zelfs bezoek van mannen mocht worden ontvangen. Een leerling-verpleegkundige die in 1974 op Martha kwam werken en vroeg wat ze moest doen, kreeg te horen: 'Hier moet je niets doen maar jezelf zijn.'<sup>28</sup> Het meisje snapte hier weinig van; ze vond dat de afdeling wel 'een sopje kon gebruiken'. De eigen verantwoordelijkheid van de bewoners stond op Martha echter centraal.

Het jonge psychiatrische centrum Welterhof in Heerlen, dat openging in 1974, was zelfs geheel opgezet volgens de principes van de therapeutische gemeenschap zoals die door Bierenbroodspot waren beschreven. Het gold als 'droominstituut' en trok verpleegkundigen aan uit het hele land. Hier hoefde niet te worden opgebokst tegen verkalkte structuren en oudere verpleegkundigen die zich bedreigd voelden door veranderingen.<sup>29</sup> Directeur Kreutzkamp vertelde trots aan de pers dat zijn nieuwe centrum het 'steen geworden symbool' was van het 'verlaten van het uitsluitend medisch model in de psychiatrie.'<sup>30</sup>

#### DE WENS TOT ACTIVERING VAN PATIËNTEN: EEN LANGE TRADITIE

De oprichting van de TG's, afdelingen waar het protest tegen het bevoogdende inrichtingsbestaan bloeide, kreeg dus veel steun van geneesheer-directeuren van psychiatrische ziekenhuizen. De aanval rond 1970 op de passiviteit van het inrich-

tingsbestaan, dat patiënten klein hield en inkapselde in betuttelende leefregels, was dan ook minder revolutionair dan hij destijds leek. De 'anarchie' op de TG's was slechts een nieuwe en meer radicale uiting van het aloude streven om patiënten te activeren.

Van oudsher lag er in het dagelijks leven van de psychiatrische inrichtingen in ons land een grote nadruk op rust, reinheid en regelmaat. De moderne 'krankzinnigengestichten' waren in de negentiende eeuw ontworpen vanuit het idee dat mensen die in de war waren baat hadden bij een periode van rust in een landelijke omgeving, in een instelling waar zij een duidelijk gestructureerd bestaan zouden leiden. Vanaf de jaren twintig keerde de Nederlandse psychiater Willem van der Scheer zich tegen de nadruk op bedrust die rond 1900 was ontstaan in de Nederlandse klinische psychiatrie. Tijdens het Interbellum betoonde Van der Scheer zich een enthousiast propagandist van de 'actievere therapie'. Dit van oorsprong Duitse regime had tot doel om patiënten zo snel mogelijk na hun opname aan het werk te zetten, om te voorkomen dat ze zouden wegglijden in de passiviteit en sleur van het gestichtsleven. Patiënten sprak Van der Scheer aan op hun 'gezonde' deel en hun verantwoordelijkheidsgevoel. Daaronder verstond hij de natuurlijke neiging van mensen tot het vertonen van zelfbeheersing en sociaal aangepast gedrag. Wie dit gewenste gedrag niet vertoonde, werd voor korte tijd geïsoleerd. Wie zich arbeidzaam en beheerst toonde, werd beloond met muntjes waarvoor men iets kon kopen in de gestichtswinkel. De actievere therapie had kortom een sterk pedagogisch karakter; Van der Scheer zelf omschreef hem als een 'reëducatie' ofwel heropvoeding van patiënten.<sup>31</sup>

In de jaren vijftig werd Van der Scheer benoemd tot bijzonder adviseur van het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Hij reisde in die functie de Nederlandse inrichtingen langs om te zien of ze wel voldoende aandacht besteedden aan hygiëne, arbeidstherapie en andere vormen van activering, zoals sport en creativiteit. Verpleegkundigen stimuleerde hij om met veel geduld, liefde en doorzettingsvermogen te blijven proberen om patiënten zoveel mogelijk te activeren. Slonzigheid en apathie waren Van der Scheer een doorn in het oog.<sup>32</sup>

Desondanks was de bevlogen geest van de actievere therapie rond 1960 tanende. Aan zowel psychiatrisch verpleegkundigen als psychiaters was gebrek. Het aantal psychiaters dat in een inrichting werkte, was in 1960 gedaald tot een historisch dieptepunt.<sup>33</sup> Daarbij was er veel chroniciteit in de inrichtingen. De directie van de Utrechtse Willem Arntsz Stichting sprak van 'grote inerte plassen van patiënten'.<sup>34</sup> In Santpoort verbleef in 1964 maar liefst tachtig procent van de opgenomen mensen al langer dan vijf jaar in het ziekenhuis.<sup>35</sup> Ongeveer de helft van alle patiënten van psychiatrisch ziekenhuis Endegeest verbleef er in 1965 langer dan twintig jaar.<sup>36</sup>

Diverse gedenkboeken over psychiatrische ziekenhuizen, alsmede veel ervaringsverhalen van indertijd opgenomen patiënten (zie hoofdstuk 2), wekken de indruk dat de arbeidstherapie in de loop van de jaren vijftig en zestig een sterk routinematig karakter had gekregen, terwijl disciplineren een belangrijke rol

speelde in het inrichtingsbestaan. Alhoewel patiënten en personeelsleden vaak goede herinneringen bewaren aan de onderlinge verbondenheid en aan de feestdagen en sportfestijnen uit de naoorlogse decennia, bestaan er ook veel verhalen van ex-patiënten, verpleegkundigen en enkele psychiaters uit diverse psychiatrische inrichtingen over het gebruik van 'braakspuiten' en elektroshocks, die werden toegepast als maatregelen om de rust en orde te handhaven.<sup>37</sup> 'Er was sprake van een zekere terreur', stelde een verpleger uit het Delftse psychiatrisch centrum Joris vast.<sup>38</sup>

Rond 1960 leefde de kritiek op de apathie van het inrichtingsbestaan dan ook weer sterk op. Dit keer wezen critici juist op de praktijk van de actievere therapie als oorzaak van hospitalisatie. Volgens geneesheer-directeur H. van der Drift van de psychiatrische inrichting Wolfheze bleef de actievere therapie in de praktijk steken op het niveau van gezag, tucht en dressuur. De Leidse hoogleraar psychiatrie Eugène Carp noemde de actievere therapie in 1955 een afspiegeling van de Nederlandse maatschappij, die ook geen ruimte zou bieden aan afwijkend gedrag. 'In een tijd waarin de prioriteit van de gemeenschap nadrukkelijk wordt betoogd', klaagde Carp, 'schijnt het woord individualiteit een verdachte klank te hebben gekregen.'<sup>39</sup> Ook K. Visser, geneesheer-directeur van de psychiatrische inrichting Licht en Kracht in Assen, meende in 1965 dat de nadruk in de klinische psychiatrie te veel lag op het 'socialiseren van de patiënt *binnen* de inrichting.'<sup>40</sup> Zijn collega De Smet, die aan het hoofd stond van het Heilooze St. Willibrord, schreef in 1964 dat inrichtingspsychiaters hun patiënten inkapselden in het inrichtingsbestaan, dat ten onrechte werd gepresenteerd als therapeutisch. Alle activiteit heette immers sinds Van der Scheer een behandelwijze te zijn. Vissen heette 'vistherapie', zingen 'zangtherapie'.<sup>41</sup>

Dat moderne TG's als Amstelland en Zuideroord de ruimte kregen, was gezien deze traditie van zelfkritiek van inrichtingsdirecteuren dus niet verbazend. TG's boden een mogelijkheid om de hospitalisatie en apathie in de intramurale psychiatrie tegen te gaan; een oud streven in de klinische psychiatrie. Net als in Van der Scheers actievere therapie lag ook in het TG-model van Bierenbroodspot bovendien een grote nadruk op heropvoeding van de bewoners tot mensen met een groter verantwoordelijkheidsgevoel. De bewoners moesten niet zozeer door behandelaars en verpleegkundigen worden gecorrigeerd, maar door de groep. Een vrouw die tijdens de jaren zeventig in Rijnland verbleef, noemde deze afdeling terugkijkend een 'heropvoedingskamp', waar cliënten een sterke verantwoordelijkheid kregen toegewezen voor hun gedrag en hun genezingsproces.<sup>42</sup> Van der Scheer omschreef de psychiatrische inrichting als een 'proefmaatschappij'; ook de TG valt als zodanig te beschouwen.

Wel was de *invulling* die in de jaren zeventig werd gegeven aan het streven naar activering en heropvoeding van de patiënten in veel opzichten radicaal en vernieuwend. Vanuit het idee dat een werkelijke activering van patiënten pas zou ontstaan wanneer men hen meer vrijheden en verantwoordelijkheden zou geven, brak men in de loop van de jaren zeventig op steeds meer lokaties met de centrale

idealen van Van der Scheer, die lange tijd het dagelijks leven in de intramurale psychiatrie hadden bepaald: rust, orde, netheid en zelfbeheersing.

#### DE CRUCIALE ROL VAN PSYCHIATRISCH VERPLEEGKUNDIGEN

Jonge patiënten en vooral verpleegkundigen speelden een belangrijke rol in deze radicale omslag in het dagelijks leven binnen de intramurale psychiatrie. Zij brachten het liberale klimaat dat in de samenleving als geheel in opkomst was, de psychiatrische ziekenhuizen binnen. 'Mijn generatie', aldus verpleegkundige Anton van Rijswijk, 'las Foudraïne's *Wie is van hout...* De sfeer werd zodanig, dat we niet alles wat ons werd opgedragen accepteerden.'<sup>43</sup> Verpleegkundigen vormen van oudsher verreweg de grootste beroepsgroep in de intramurale psychiatrie. Hun aantal nam absoluut en relatief toe rond 1970.<sup>44</sup> Ondertussen veranderde ook de populatie van de intramurale psychiatrie. Steeds meer jongere mensen werden opgenomen. Vooral de stijging in de leeftijdscategorie van vijftien tot negentien jaar was tussen 1969 en 1974 opvallend. De naoorlogse generatie deed kortom zijn intrede in de psychiatrische ziekenhuizen.<sup>45</sup>

Vooral verpleegkundigen waren een belangrijke verbinding tussen het algemene klimaat van culturele vernieuwing dat destijds heerste in Nederland en het hervormingsstreven in de intramurale psychiatrie. Zij brachten een nieuwe mentaliteit met zich mee. In de loop van de jaren zeventig kozen sommigen zelfs bewust voor de intramurale psychiatrie als werkplek vanwege de beroering die destijds heerste in en rond deze sector. Zoals iemand het uitdrukte: 'Als er iets is dat ik graag doe, is dat praten en discussiëren. Vooral in de psychiatrie kon dat heel goed [...] er stond veel ter discussie.'<sup>46</sup> In de vooruitstrevende zwakzinnigeninstelling Dennendal (zie hoofdstuk 2), een inspirerend voorbeeld voor veel verpleegkundigen in de klinische volwassenenpsychiatrie, speelden dienstweigeraars – die als verpleeghulp op Dennendal hun vervangende dienstplicht kwamen vervullen – een cruciale rol in de overgang naar een meer vrijzinnig leef- en werkklimaat.<sup>47</sup> Deze pacifisten waren kritisch ingestelde mensen, die bovendien vaak hoger opgeleid waren dan voor het verpleegkundig werk was vereist.<sup>48</sup>

In 1969 speelde zich ook in Endegeest een conflict af rond een groep pacifisten die in dit ziekenhuis hun vervangende dienstplicht kwam vervullen. Eén dienstweigeraar had protest aangetekend tegen de strenge leefregels ('kuisheidsgordels') voor het intern wonende verplegend personeel, dat bijvoorbeeld geen bezoek van de andere sekse op de kamer mocht ontvangen.<sup>49</sup> De directie reageerde hard: twee dienstweigeraars werden overgeplaatst naar een werkkamp in Drenthe. Dat leidde weer tot protest van de andere pacifisten, die de pers erbij haalden. 'Wij offeren twee jaar op voor de maatschappij, zonder dat we enige vorm van inspraak hebben', vertelde een van hen boos aan *Het Vrije Volk*. Het protest van de pacifisten straalde uit naar het overige verpleegkundige personeel van Endegeest.

Het hoofd van Amstelland, de psychiater Van de Lande, was duidelijk aange-

stoken door de kritische tijdgeest van de jaren zestig. Hij noemde het protest van jongeren en studenten, de moderne popmuziek en het opkomende drugsgebruik hoopgevende fenomenen: ze waren uitingen van de oplevende instinctieve vitaliteit van de mens, die lang te weinig kansen had gekregen.<sup>50</sup> Achteraf bespiegelde Van de Lande dat hij graag mee had willen doen aan de jeugdcultuur van de jaren zestig, maar er net te oud voor was. Door zich als jeugdpsychiater met jongeren bezig te houden, maakte hij indirect toch deel uit van het jongerenprotest.<sup>51</sup> Rond 1970 betoonde Van de Lande zich een fel criticus van zowel de Nederlandse cultuur als de traditionele inrichtingspsychiatrie. Hij hield een vurig pleidooi voor meer tolerantie jegens onaangepast gedrag. Als we iedereen die zich afwijkend gedraagt, wegbergen in instellingen met verhullende namen als Duin en Veld of Licht en Water, schreef Van de Lande in 1971, dan zou een 'monocultuur' ontstaan die alle verandering blokkeerde.<sup>52</sup> Volgens sommige hulpverleners werden jongeren op Amstelland destijds op een voetstuk geplaatst, net als zwakzinnigen op Dennendal. Beide groepen stonden te boek als meer spontaan, creatief, intens en vrij in hun gedrag dan 'normale' mensen, die van hen veel zouden kunnen leren.<sup>53</sup>

Psychiater Van Ree uit psychiatrisch ziekenhuis Vogelenzang sloot eind jaren zestig een bepalend 'bondgenootschap' met verpleegkundige Jacobien, die samen met hem op Zuiderdoord werkte.<sup>54</sup> Beiden bevonden ze zich op dat moment in een losmakingsproces van hun gereformeerde achtergrond en samen wierpen ze zich zowel in de 'psychiatrische strijd' als in de provo-beweging en het protest tegen de oorlog in Vietnam.<sup>55</sup> Het was de 'jeugdigheid' van de twaalf jaar jongere Jacobien die Van Ree stimuleerde zich te verdiepen in de destijds heersende kritische denkbeelden over cultuur en psychiatrie, die hij vervolgens doorgaf aan de honderden jonge leerling-verpleegkundigen voor wie hij in Vogelenzang het psychiatrisch onderwijs verzorgde.<sup>56</sup>

De instroom van dienstweigeraars, jonge verpleegkundigen en jeugdige patiënten speelde een cruciale rol in de radicalisering van de vernieuwingsdrang in de klinische psychiatrie rond 1970. Zoals eerder gezegd, namen veel jonge verpleegkundigen de denkbeelden van kritische psychiaters als Foudraine, Laing, Szasz en Cooper gretig tot zich. Het protest van kritische psychiaters tegen de natuurwetenschappelijke oriëntatie van de klinische psychiatrie sloot goed aan bij het verzet van Nederlandse verpleegkundigen rond 1970 tegen de somatische oriëntatie van hun opleiding en werkzaamheden, en tegen de combinatie van reinheidscultus en dwang die het werk van psychiatrisch verpleegkundigen zou kenmerken.

Het felst was de 'Aktiegroep Willem' in de Utrechtse Willem Arntsz Hoeve in Den Dolder. Daar waren begin 1970 de gangen en deuren beplakt met affiches en slogans, gemaakt door leerling-verpleegkundigen. Die vonden dat het roer om moest in de opleiding. De groep vond de opleiding voor verpleegkundigen in de psychiatrie 'hopeloos verouderd'. De exameneisen stamden uit 1929 en waren vrijwel uitsluitend gericht op lichamelijke bezigheden, die soms helemaal uit de

tijd waren, zoals het ontluizen van mensen en de langdurige badverpleging, een therapeutische methode die voor de Tweede Wereldoorlog werd toegepast in de klinische psychiatrie. De medische en hygiënische aspecten van het verpleegkundig werk stonden te veel centraal, vonden veel leerlingen, die zelf graag meer wilden weten over pedagogie, gesprekstechnieken, groepsrelaties en sociale psychologie.

Aktiegroep Willem stuurde circulaires naar andere psychiatrische instellingen, reisde alle inrichtingen in Nederland af om leerlingenraden voor zijn ideeën te mobiliseren en organiseerde een persconferentie. De acties hadden resultaat. Tussen 1970 en 1975 werden belangrijke wijzigingen doorgevoerd wat betreft de opleiding voor B-verpleegkundigen. Eind juli 1970 werd bepaald dat kandidaten tijdens hun opleiding voortaan een verpleegkundig verslag moesten schrijven.<sup>57</sup> Op 1 augustus 1975 werd vervolgens een geheel nieuwe opleidingsregeling van kracht. Psychiatrisch verpleegkundigen, aldus bepaalde de overheid, moesten voortaan niet meer beschermen of lichamelijk verzorgen, maar begeleiden en revalideren. De nadruk kwam te liggen op het aanleren van zelfwerkzaamheid, sociale vaardigheden en gespreksvoering.<sup>58</sup> Niet alleen in psychiatrisch ziekenhuis Brinkgreven, maar ook elders werd het onderwijs voor verpleegkundigen psychologisch van karakter. En niet alleen in Brinkgreven, maar ook in andere instellingen was het gedachtegoed van de kritische psychiatrie onderdeel van de lesstof. Soms vertoonden men in het onderwijs aan psychiatrisch verpleegkundigen films als *Family Life* en *Toestanden*.<sup>59</sup>

Psychiatrisch verpleegkundigen protesteerden rond 1970 niet alleen tegen het 'medische model' in hun opleiding, ze speelden ook een belangrijke rol in de omslag naar een minder bevoogdend en meer informeel leefklimaat in de intramurale psychiatrie. Zo schreef een groep verpleegkundigen uit de Limburgse inrichting St. Servatius in 1973 een brief naar weekblad de *Nieuwe Revu* over de misstanden in hun instelling. Zij hadden er 'gewetensbezwaren' over gekregen dat hun werk eruit bestond om de patiënten desnoods met dwang te bewegen tot het vertonen van aangepast gedrag. 'In onze inrichting', schreven ze, 'heerst een dictatoriaal systeem'. Verpleegkundigen moesten patiënten elke dag dwingen om naar de arbeidstherapie te gaan en om zich netjes te kleden. Wie niet meewerkte, moest daarvoor door verpleegkundigen gestraft worden met 'koude baden', strafwandelingen of, in een heel enkel geval, een braakspuit.<sup>60</sup>

Ook waren verpleegkundigen zeer actief in de psychiatrische tegenbeweging. Ze waren ijverige bezoekers van kritische congressen<sup>61</sup> en in diverse psychiatrische ziekenhuizen richtten kritische verpleegkundigen actiegroepen op. Vaak stonden jongere en oudere verpleegkundigen tegenover elkaar, bijvoorbeeld op de vooruitstrevende opnameafdeling 4B van het Willem Arntsz Huis in Utrecht, waar kritische hulpverleners een therapeutische gemeenschap wilden vestigen, gebaseerd op groepstherapie met een minimaal gebruik van medicatie. Vooral oudere verpleegkundigen uit het Willem Arntsz Huis bonden de strijd aan met deze vernieuwers.<sup>62</sup> Ouderen voelden zich geregeld ten onrechte als inhumain bestem-

peld, net als de hoofdbroeders Wielhouwer en Stegeman uit Brinkgreven, die er rond 1970 door enkele jongere collega's van werden beticht dat ze vroeger harte-loos met patiënten waren omgegaan (zie hoofdstuk 4).<sup>63</sup> Een vergelijkbaar generatieconflict speelde zich af in psychiatrisch centrum St. Bavo in Noordwijkerhout. Een groep kritische stafmedewerkers van dit ziekenhuis publiceerde in 1973 een lijvig rapport getiteld *De chronische patiënt*. Ze verwezen onder anderen naar Goffman, Cooper, Foudraine, Laing en Szasz, en pleitten er onder meer voor patiënten meer verantwoordelijkheden te geven.<sup>64</sup> Zo kon wellicht de heersende apathie in hun instelling worden tegengegaan. Veel oudere verpleegkundigen uit de St. Bavo schoot het rapport in het verkeerde keelgat. Zij hadden het idee 'dat hun tien, twintig of dertig jaar lang uitgeoefende menslievende arbeid op één lijn valt te stellen met verwerpelijke mishandeling van het ergste soort.'<sup>65</sup>

Sommige vernieuwers probeerden dergelijke weerstand op zachtzinnige wijze te breken. In de protestantse psychiatrische inrichting Vrederust in Bergen op Zoom bijvoorbeeld richtte een groep verpleegkundigen in 1974 een kritische werkgroep op. Het kostte hen naar eigen zeggen moeite de oudere garde mee te krijgen in de discussies over een veranderende beroepsinhoud.<sup>66</sup> Het 'vormingscentrum' in Bergen op Zoom begeleidde de werkgroep. De oudere collega-verpleegkundigen nodigde men hier uit voor 'contactavonden' onder leiding van Bierenbroodspot, een voorstelling van Het Werkteater en een vertoning van de film *Family Life*.

In enkele andere instellingen liepen de conflicten hoger op, vaak doordat kritische verpleegkundigen contact zochten met de *Gekkenkrant* en de media. Zo speelden zich in de loop van de jaren zeventig conflicten af rond de psychiatrische ziekenhuizen Delta in Rotterdam en Sancta Maria in Noordwijk. De meest opzienbarende affaire, die zelfs leidde tot Kamervragen, vond plaats in Delft. Een groep patiënten en verpleegkundigen verzette zich in 1975 tegen de gang van zaken in psychiatrisch centrum Joris. Het medisch model zou regeren in dit ziekenhuis. Verpleegkundigen voelden zich een soort 'veredelde huishoudelijk werker'.<sup>67</sup> De *Gekkenkrant* en *Release Delft* pikten het protest uit psychiatrisch centrum Joris actief op. De *Gekkenkrant* maakte een zwartboek en het ziekenhuis lag vervolgens lange tijd onder vuur van zowel de psychiatrische tegenbeweging als de media.<sup>68</sup> Enkele kritische verpleegkundigen werden ontslagen.<sup>69</sup> Uiteindelijk trad evenwel de geneesheer-directeur Van Wirdum af.

## 5.2 Democratisering in de psychiatrische inrichting

Een tweede scène uit de film *Toestanden*, getiteld 'Herkenning', vormt een beeldende illustratie van het tweede ideaal dat schuilging achter het protest tegen het medisch model: het streven naar gelijkheid, enerzijds tussen hulpverleners en patiënten, en anderzijds tussen de diverse beroepsgroepen in de klinische psychiatrie. Medewerkers van het Heerlense psychiatrisch centrum Welterhof omschre-

ven het door hen verfoeide medisch model in 1973 bijvoorbeeld als 'autoritaire eenrichtings-interactie met de patiënt'.<sup>70</sup>

De scène 'Herkenning' toont een monoloog van een psychiatrisch verpleegkundige, Nel, die haar beroep weer oppikt als haar kinderen het huis uit gaan.<sup>71</sup> In het psychiatrisch ziekenhuis waar Nel gaat werken is alles nog precies hetzelfde als twintig jaar geleden, constateert ze verheugd. Dezelfde patiënten staan klaar om haar te begroeten. 'Het zijn net planten hè', aldus Nel. Maar dan komt er een nieuwe directeur, die het ziekenhuis democratischer wil maken. Nel klaagt: de uniformen moeten uit, zodat je niet meer kon zien wie patiënt was of personeel. Ze mag ook niks meer doen, niet ingrijpen! De patiënten moeten het zélf gaan doen. Nel vindt het aanvankelijk maar niks. Tot op een dag een patiënte die in geen twintig jaar had gepraat, naar haar toekomt en zegt: 'Nel, volgens mij zie jij het gewoon niet meer zitten!' Het was alsof de patiënte recht door haar heenkeek, aldus Nel. Ze zaten uiteindelijk tweeënhalf uur samen te praten. Nel: 'Over mijn problemen, gewoon als met een vriendin! En opeens begreep ik het. Dat 't mensen zijn. En dat je ook moet durven laten zien als jij het moeilijk hebt. Dat mensen het fijn vinden, als jij wat menselijker bent.'

Uiteraard is de scène 'Herkenning' fictief. Het thema ervan was destijds echter wel degelijk actueel. Net als op Conolly was ook op afdelingen van andere psychiatrische ziekenhuizen de identificatie met psychiatrische patiënten toegenomen. Een verpleegkundige uit Welterhof herinnerde zich dat ze door het lezen van *Wie is van hout...* en Laings *Het verdeelde zelfoog* kreeg voor de patiënt als mens. Ze realiseerde zich na lezing van die boeken hoe de patiënten 'van binnen in elkaar zaten'. Voorheen liep ze, in haar eigen woorden, 'gewoon langs de patiënten heen; ze kregen hun medicijnen en dan was 't klaar'.<sup>72</sup> De aandacht van kritische psychiaters voor de zeer herkenbare innerlijke conflicten en relatieproblemen waaraan patiënten zouden lijden, had soms tot gevolg dat de grens tussen patiënten en hulpverleners vervaagde. De verpleegkundigen van Conolly hingen geregeld samen met bewoners rond in een kroeg nabij psychiatrisch ziekenhuis Brinkgreven. Op Amstelland en in psychiatrisch centrum Welterhof was het destijds niet ongewoon dat cliënten bij hulpverleners thuis kwamen.<sup>73</sup> Psychiater Van Ree had naar eigen zeggen 'nooit een grens tussen patiënt en vriend of vriendin kunnen trekken' en nodigde sommige bewoners van Zuideroord uit bij hem thuis.<sup>74</sup>

Ook op de werkvloer veranderde de omgang met patiënten. Foudraine pleitte voor een meer 'normale en heldere menselijke interactie' op de werkvloer van de klinische psychiatrie. Verpleegkundigen moesten als mens durven reageren op patiënten die uiting gaven aan 'hun angst, wanhoop, verdriet en verlangen', in plaats van met hun mond vol tanden staan.<sup>75</sup> Na publicatie van zijn boek werd Foudraine veel gevraagd om lezingen te geven voor verpleegkundigen.<sup>76</sup> Eind 1971 was de schrijver van het 'zeer lezenswaardige boek *Wie is van hout...*' bijvoorbeeld te gast in het seminarium voor Praktische Gezondheidszorg in Utrecht, om 'met mensen van de hogere opleiding voor verpleegkundigen, de sociaal-psychia-

trische diensten en de stafopleidingen van gedachten te wisselen over zijn boek en mogelijke consequenties.' Aan de orde kwam in Utrecht onder meer het probleem van de weerstand van oudere hoofdzusters, die de gewenste vernieuwingen schijnbaar geregeld blokkeerden. Foudraine verklaarde deze weerstand uit de angst van verpleegkundigen om 'zichzelf te zijn' tegenover de patiënten. De verpleegkundige moest steeds een dubbelrol spelen. Hij of zij mocht nooit eens zeggen: 'Zeur me vandaag niet aan het hoofd, ik heb koppijn.'<sup>77</sup>

Een vrouw die destijds als hoofdverpleegkundige werkzaam was in het Leidse psychiatrisch ziekenhuis Endegeest, bood achteraf een andere verklaring voor de moeite die oudere verpleegkundigen zoals zijzelf soms hadden met de overgang naar een democratische praatcultuur. Volgens haar was het tot dan toe helemaal niet gebruikelijk 'om zo diep met patiënten te praten over wat ze voelden en meemaakten'. Bovendien waren verpleegkundigen uit haar generatie niet opgeleid met gesprekstechnieken, *encounter*-groepen of psychotherapeutische literatuur.<sup>78</sup>

De hang naar gelijkheid in de klinische psychiatrie uitte zich ook in de oprichting van patiëntenraden in diverse inrichtingen. Begin jaren zeventig waren die er nog nauwelijks; in 1977 kwamen er op een landelijke bijeenkomst van patiëntenraden 130 vertegenwoordigers uit 35 raden. De emancipatiedrang kwam nochtans niet zozeer voort uit de cliënten zelf, constateerde socioloog Paul Schnabel achteraf. In veel gevallen ging het initiatief tot oprichting van de patiëntenraden uit van verpleegkundigen of van de directie.<sup>79</sup> In navolging van landelijke trendsetters als Amstelland, Zuideroord en Dennendal en plaatselijke vooruitstrevende afdelingen als Conolly, gingen bovendien overal in de Nederlandse inrichtingen tijdens de jaren zeventig de uniformen uit.

Soms leidde de omschakeling naar lossere omgangsvormen tot problemen. In de psychiatrische inrichting Wolfheze bijvoorbeeld verzette een groep oudere verpleegkundigen zich tegen het directiebesluit dat iedereen voortaan in burger op het werk mocht verschijnen.<sup>80</sup> Ook psychiaters reageerden wisselend. Sommigen vonden de kritische beweging 'afschuwelijk'. Anderen vonden het wel leuk, 'een soort Beatles' in de klinische psychiatrie te hebben. Veel psychiaters verklaarden achteraf dat ze het positief vonden dat er beweging kwam in statische, immobiele instituten.<sup>81</sup> Niet alle patiënten waren overigens blij met de nieuwe burgerkledij van het personeel. Zo klaagde Keefman, de hoofdpersoon uit het autobiografische verhaal van Jan Arends (zie hoofdstuk 2), erover dat hij zo geil werd van verpleegsters die rondliepen in korte rokken en met de lange haren los. Keefman: 'Kan ik er wat aan doen dat ik mij aangetrokken voel tot die meiden. Mag ik ook een meisje het hof maken. Maar dan lachen ze me uit.'<sup>82</sup> De informalisering van het dagelijks leven in de intramurale psychiatrie zette hoe dan ook door. De literatuur van kritische psychiaters was instrumenteel in dit proces.

## MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING

In de film *Toestanden* vormde het 'doorbreken van rolpatronen' het centrale thema, aldus de makers. Dat het Werkteater ervoor koos om dit thema te illustreren aan de hand van de 'demokratisering in een psychiatrische inrichting' was een schot in de roos. De wens om traditionele rolpatronen en gezagsverhoudingen te doorbreken leefde sterk in de intramurale psychiatrie tijdens de jaren zeventig, net als op Conolly en in de rest van psychiatrisch ziekenhuis Brinkgreven. Dit streven naar gelijkheid uitte zich niet alleen in het hierboven beschreven verlangen naar meer persoonlijk contact met de patiënten, maar ook in een pleidooi voor de 'horizontalisering' van de gezagsverhoudingen tussen hulpverleners.

Al sinds de jaren vijftig werd door sommige psychiaters die werkten in de klinische psychiatrie gepleit voor multidisciplinaire samenwerking. In de loop van de jaren vijftig en zestig nam het aantal beroepsgroepen in de Nederlandse psychiatrische inrichtingen toe, van bewegingstherapeuten en creatief therapeuten tot en met maatschappelijk werkers en klinisch psychologen. Het gedachtegoed van Maxwell Jones, die sterk pleitte voor een multidisciplinaire samenwerking in de klinische psychiatrie, drong langzaam door in ons land, enerzijds via Jones' eigen publicaties en anderzijds via de ideeën van de Franse psychiater Paul Sivadon, die sterk door Jones was beïnvloed.<sup>83</sup> Diens experiment in het psychiatrische ziekenhuis Ville Evrard nabij Parijs, waar hij werkte met kleinschalige leefgroepen en multidisciplinaire behandelteams, trok de aandacht van Nederlandse inrichtingsdirecteuren.<sup>84</sup> Sivadon was bovendien spreker op een Nederlands congres over psychiatrische ziekenhuizen dat in 1968 gehouden werd.<sup>85</sup>

Een multidisciplinaire werkwijze betekende evenwel niet automatisch dat de gezagsverhoudingen op de werkvloer ook gelijkwaardiger werden. A.P. Poslavsky, geneesheer-directeur van psychiatrisch ziekenhuis de Willem Arntsz Hoeve, betoogde in 1968 dat er geen sprake kon zijn van een vaste hiërarchie tussen de verschillende beroepsgroepen in de klinische psychiatrie. Volgens hem moest per patiënt worden bekeken welke hulpverleners de leiding van de behandeling zou krijgen.<sup>86</sup> Ondanks dergelijke vooruitstrevende pleidooien was de van oudsher sterke hiërarchie binnen de psychiatrische inrichtingen echter waarschijnlijk niet meteen overal verdwenen. Het leven in de inrichtingen was op veel lokaties gebaseerd op autoritaire gezagsverhoudingen. 'Meedenken was [...] niet aan de orde', beschreef verpleegkundige Cor Robben bijvoorbeeld de situatie in het Delftse psychiatrisch centrum Joris tijdens de jaren vijftig en zestig.<sup>87</sup>

Het streven naar democratisering in de intramurale psychiatrie kwam echter in een stroomversnelling rond 1970. De toename van het aantal verpleegkundigen en hun wens tot een verandering van hun beroepsinhoud was hiervan een belangrijke achtergrond. Ook psychologen ijverden voor meer inspraak. Aanvankelijk waren zij vaak aangenomen voor het uitvoeren van psychologische testen, maar in de jaren zestig wilden steeds meer van hen zich gaan bezighouden met het geven van psychotherapie. Zoals in eerdere hoofdstukken al is besproken, was in de ja-

ren zestig de zogenaamde humanistische psychologie opgekomen van Carl Rogers, die het belang van de 'persoonlijke groei' benadrukte en een empathische, niet afstandelijke houding van de therapeut bepleitte. De oriëntatie van klinisch psychologen op psychotherapie was tijdens de jaren zestig en zeventig bijzonder groot.<sup>88</sup> Psychiaters die in een inrichting wilden werken, werden ondertussen steeds schaarser. Veel psychiaters kozen na de Tweede Wereldoorlog voor een privé-praktijk of een positie in de ambulante psychiatrische hulpverlening.<sup>89</sup>

Op veel lokaties in de klinische psychiatrie werkten psychologen en verpleegkundigen tijdens de jaren zeventig nauw samen om veranderingen door te voeren. In psychiatrisch centrum St. Willibrord in Heiloo bijvoorbeeld ontwierp een groep psychologen en verpleegkundigen in 1970 plannen voor een afdeling waar groepstherapie en een 'agogische' aanpak van de psychiatrische hulpverlening centraal zouden staan. De afdeling kwam in 1974 van de grond, na lange discussies met de medische staf.<sup>90</sup> Volgens de psychiaters Van Ree en Wout Hardeman, die in de jaren zeventig directeur was van psychiatrisch ziekenhuis Veldwijk in Ermelo, woedde er destijds een ware machtsstrijd in de psychiatrische ziekenhuizen tussen de medische en de niet-medische disciplines.<sup>91</sup> Zeker speelden psychologen een belangrijke rol als katalysator van therapeutische vernieuwingen tijdens de jaren zeventig, net zoals op Conolly. Toch is het heersende beeld van een strijd tussen medici enerzijds, en psychologen, agogen en verpleegkundigen anderzijds, in zijn algemeenheid te zwart-wit. Op veel plaatsen waren het psychiaters die veranderingen instigeerden, vaak ook in samenwerking met verpleegkundigen en psychologen. De stimulerende rol die psychiater Jan Prins speelde op Conolly was niet uitzonderlijk.

In psychiatrisch ziekenhuis Huize Padua te Boekel bijvoorbeeld werd de geneesheer-directeur Jacques van Baar eind jaren zestig gegrepen door het maatschappijkritische klimaat.<sup>92</sup> Geïnspireerd door 'aulabijeenkomsten' die gehouden werden op de universiteit van Nijmegen, organiseerde hij in Huize Padua maandelijks 'platformbijeenkomsten', waar ieder personeelslid zijn mening over het beleid kon geven. De nieuwe koers van de directeur leidde tot een 'ideologisch schisma' in Padua.<sup>93</sup> De democratische vernieuwingen, het tutoyeren tussen leerlingen en directeur, en de oriëntatie 'in de richting van de nieuwe psychiatrie' hadden geleid tot tweespalt. Vooral de oudere garde van psychiaters zou zich bedreigd voelen. Tot een openlijke confrontatie kwam het niet. Wel kondigde directeur Van Baar in 1972 aan dat hij ontslag nam, tot ontzetting van zijn aanhangers. Naar eigen zeggen was Van Baar zich steeds schuldiger gaan voelen over zijn positie boven aan in de hiërarchie, zijn grote directeursvilla en zijn huisje aan zee.<sup>94</sup>

Verder werd er op de nieuwe opnameafdeling 4B van het Utrechtse Willem Arntsz Huis nauw samengewerkt door een arts-assistent, een maatschappelijk werkster en een groep verpleegkundigen, die er 'een soort kleine therapeutische gemeenschap' wilden scheppen.<sup>95</sup> In 1978 speelde zich een conflict af op de opnameafdeling van het Rotterdamse psychiatrische ziekenhuis Delta. Volgens weekblad de *Haagse Post* ging het dit keer om een conflict tussen 'pillen of praten'. Ook

hier werkten een psycholoog en een psychiater samen om een psychotherapeutische, groepsgerichte aanpak te vestigen op de afdeling. Hun aanpak zou worden gedwarsboomd door een 'biologisch-farmacologisch georiënteerde' psychiater, die werd gesteund door de directie. Dit beeld was achteraf iets te simplistisch; de psychiater van het 'medisch model' gebruikte inderdaad psychofarmaca, maar nam ook initiatieven om verpleegkundigen te betrekken bij de besluitvorming op de afdeling en hij verdedigde al vroeg het belang van groepstherapie.<sup>96</sup> In de pers werd de zaak in ieder geval flink aangedikt, en was het heel duidelijk wie 'goed' was en wie 'fout'.

Verder betoogde psychiater Van Ree dat psychiatrisch verpleegkundigen zouden moeten functioneren als 'individuele en/of groepstherapeut' – in een horizontale, gelijkwaardige verhouding met de arts en niet als diens verlengstuk.<sup>97</sup> In de inrichting waren immers te weinig officiële psychotherapeuten beschikbaar voor de patiënten. Daarom moesten verpleegkundigen ook ingeschakeld worden bij dit broodnodige werk, dacht Van Ree. Hij achtte daartoe wel nodig 'enige jaren theoretische vooropleiding waarbij ook de emotionele draagkracht van de leerling wordt getoetst en vergroot (sensitivity-training, groeps gesprekservaring enz.)' Zelf besteedde hij in het psychiatrische ziekenhuis Vogelenzang vanaf 1969 veel aandacht aan 'de interaktionele en relationele aspecten van de psychiatrische problematiek'. Ook Foudraine was een verklaard voorstander van democratisering in de inrichting en van een grotere en meer therapeutische rol van de verpleegkundige. Binnen de traditionele hiërarchie van het psychiatrisch ziekenhuis, aldus Foudraine, hadden verpleegkundigen enerzijds grote verantwoordelijkheden, maar misten ze anderzijds iedere werkelijke bevoegdheid om het behandelbeleid te beïnvloeden. Ze waren afhankelijk van de directieven van de hoofdzusters en 'ronden makende dokters.' Zodoende bestond volgens Foudraine onder verpleegkundigen 'een slecht ontwikkeld gevoel van professionele identiteit en zelfstandigheid', hetgeen hij betreurde. Het wekt dan ook geen verbazing dat Foudraine's boek onder verpleegkundigen een enthousiast onthaal ten deel viel.<sup>98</sup>

#### DE PSYCHIATRISCHE HULPVERLENER ALS 'VERANDERAAR'

De democratisering in de klinische psychiatrie kwam dus rond 1970 in een stroomversnelling door de emancipatiedrang van psychologen en verpleegkundigen, die door sommige psychiaters actief werd gesteund. Bovendien kreeg het betoog voor een gelijkwaardige relatie tussen de diverse beroepsgroepen rond die tijd een vijandiger toonzetting dan voorheen. In Welterhof bijvoorbeeld betoogden stafmedewerkers in 1973 dat de psychiater 'los moest komen' van zijn 'vermeende alwetendheid'. Voor formeel leiderschap op basis van 'een of andere titel' was geen plaats in Welterhof.<sup>99</sup> Het pleidooi voor multidisciplinaire samenwerking raakte vermengd met de radicale antideskundigheidsideologie die eind jaren zestig was ontstaan: de weerzin tegen formele deskundigheid. Iemands gedrag en

persoonlijkheid zouden zwaarder moeten tellen dan zijn of haar opleidingsniveau of plaats in de hiërarchie van machtsverhoudingen. Dit soort denken was bijvoorbeeld gangbaar in instellingen voor alternatieve hulpverlening zoals het Jongeren Advies Centrum of *Release*, in de zwakzinnigeninrichting Dennendal en op Amstelland.<sup>100</sup>

Zo betoogde Van de Lande in 1970 dat psychiaters op het humanitaire vlak niet vanzelfsprekend betere hulpverleners waren dan bijvoorbeeld psychologen of maatschappelijk werkers. Hij vroeg zich bedroefd af wat zijn dertien jaar durende medische en psychiatrische opleiding hem had geschonken, behalve veel overbodige en irrelevante kennis. Het ging er in de praktijk van de psychiatrische hulpverlening immers om wat je te bieden had als 'veranderaar'.<sup>101</sup> Op Amstelland en Dennendal namen respectievelijk Van de Lande en Muller nieuw personeel niet zozeer aan op grond van hun opleiding en relevante werkervaring, als wel op basis van hun persoonlijkheid en maatschappijvisie.<sup>102</sup> Van de Lande vond het vooral van belang, dat medewerkers zich zouden richten op de 'gezonde kanten' van de patiënten, niet op hun stoornissen.

Ook op de vooruitstrevende psychiatrische afdeling van het algemene ziekenhuis Overvecht te Utrecht was het vanzelfsprekende gezag van de psychiater afgeschaft. De afdelingspsychiater Ed Werlemann had deze democratisering in gang gezet. Nieuwe cliënten kregen een intakegesprek met iemand die 'van de sociale academie kan komen, of zelfs de Handelsavondschool of de Akademie van Beeldende Kunsten als vooropleiding heeft', observeerde journalist Heerma van Voss.<sup>103</sup> Het antideskundigheidsdenken was op Conolly bovendien een belangrijke achtergrond van de conflicten met psychiaters als Wittenberg en Hendrickx.

### *5.3 'Dialogoog met de waanzin'. De aanval op psychofarmaca als pleidooi voor psychotherapie*

Een derde scène uit de film *Toestanden*, getiteld 'Het systeem', illustreert het derde ideaal achter de vernieuwingsdrang in de klinische psychiatrie tijdens de jaren zeventig: dat van emotionele openheid. De scène toont een angstige patiënt die eenzaam in een separeerocel een kinderliedje zit te neurieren. Een eerstejaars leerling-verpleegkundige komt binnen en weet de bange jongen op zachtzinnige wijze te kalmeren. Hij slaat een arm om de patiënt heen en samen zingen ze een liedje, over iemand die met de trein naar de grote stad reist. Dan komt de psychiater binnen, die de verpleegkundige terecht wijst: vanuit zijn gebrek aan ervaring 'involveert' deze zich te veel met de patiënt. De verpleger wordt gedwongen de 'geagiteerde' patiënt een injectie te geven met een antipsychoticum, waarna hij met de jongen aan de arm wegschuift door de stille, blinkend schone gangen van het psychiatrisch ziekenhuis. De rust is hersteld, ten koste van de patiënt. Als die zijn emoties meer had kunnen uiten en als hij zijn angst voor zelfstandigheid verder

had mogen doorleven met de empathische steun van de leerling-verpleegkundige, dan had hij psychisch kunnen groeien, is de boodschap. In plaats daarvan werd de jongen door het psychiatrische 'systeem' stil en klein gehouden, met behulp van medicatie.

Psychofarmaceutische medicijnen stonden, zoals eerder gezegd, tijdens de jaren zeventig, net als in deze scène, bij veel kritische hulpverleners in de klinische psychiatrie te boek als vijanden van de verlangde emotionele openheid tussen mensen en van de persoonlijke groei van individuen. Zo omschreven kritische hulpverleners het medisch model in 1975 als volgt: 'Medicijnen, niet met je praten over de oorzaak van je vastlopen in de maatschappij, hetgeen inhoudt dat je problemen steeds groter worden en de kans om terug te keren in de maatschappij vrijwel te verwaarlozen is.' Het ideaalbeeld noemde men, net als op Conolly, het sociale model. Dat werd gedefinieerd als 'nauwelijks medicijnen, wel met je praten over de oorzaak van je vastlopen in de maatschappij.'<sup>104</sup> De Rotterdamse hoogleraar sociale psychiatrie Kees Trimbos verkondigde in 1970, verwijzend naar Laing en Szasz, dat de klinische psychiatrie flink 'in het slop' zat. Deviante mensen werden 'gedrogeerd' met psychofarmaca. Trimbos noemde dit een enorme 'poverheid' en vond dat psychiaters op zoek moesten gaan naar ziekmakende sociale structuren.<sup>105</sup> Hij pleitte, in zijn eigen termen, voor een overgang van een medisch naar een sociaal model.<sup>106</sup>

Op de opnameafdeling 4B van het Willem Arntsz Huis ging het streven om van deze afdeling een therapeutische gemeenschap te maken eveneens gepaard met een sterke weerzin tegen medicatie. Groepstherapie beschouwde men als het speerpunt van de behandeling en de medewerkers vonden het doorleven van een psychose zinvoller dan mensen door middel van het toedienen van antipsychotica of tranquillizers te beroven van hun 'vermogen tot beleven.' Andere afdelingen werden nu en dan bezocht door hallucinerende patiënten van 4B. 'Op 4B laten ze mensen knal-psychotisch rondlopen', fluisterde men ongerust, volgens enkele medewerkers van 4B.<sup>107</sup> Zijzelf betoogden dat enkele mensen die zonder medicijnen 'door hun psychosen heen' kwamen achteraf 'dankbaar' waren voor de herinneringen die ze eraan hadden, 'hoewel die bepaald niet alle even prettig waren'.

Ook in de Utrechtse therapeutische gemeenschap de H.C. Rümke-kliniek behandelde men psychotische mensen zoveel mogelijk zonder medicijnen, om te bevorderen dat zij zich zouden kunnen uiten.<sup>108</sup> Elders stond een weerzin tegen psychofarmaca zowel in het teken van het bevorderen van de emotionele openheid als in dienst van het aanleren van persoonlijke verantwoordelijkheid aan bewoners, ofwel een beroep doen op de gezonde, volwassen kanten van de opgenomen personen. In psychiatrisch ziekenhuis Zon en Schild hadden psychiater Jürgen Schneider en het multidisciplinaire team om hem heen begin jaren zeventig de afdeling Larikshof omgevormd tot therapeutische gemeenschap, waar regressietherapie voorop stond in de behandeling. In de eerste fase van de regressie kregen bewoners veel slaapverwekkende medicatie, omdat dit de passiviteit bevorderde die paste bij dit vroege kinderstadium waarin bewoners 'heel klein' moch-

ten zijn, soms flesvoeding kregen en flink werden vertroeteld. Buiten deze fase echter streefde men naar een volledige afbouw van het medicijngebruik, omdat 'gebruik van medicijnen wordt gezien als onverantwoordelijk zijn voor eigen doen en laten'.<sup>109</sup>

Ook op Amstelland probeerde men om van de psychische crisis een doorbraak te maken. Psychiater Van de Lande was sterk beïnvloed door Laing en Cooper. Coopers therapeutische gemeenschap Villa 21 stond in veel opzichten model voor Amstelland en Van de Lande was geïnspireerd door Laings visie op de psychose als een levensfase waar mensen doorheen moesten, waarna ze op een 'hoger niveau' konden uitkomen. Een grote foto van Laing hing pontificaal in een van de gangen op Amstelland.<sup>110</sup> Volgens Van de Lande noemde men het destijds 'creatief' hoe mensen hun vlucht uit een stressvolle, emotioneel pijnlijke situatie omzetten in psychotisch gedrag. Men wilde de emoties van mensen op Amstelland zoveel mogelijk de ruimte geven, maar de wanhoop van mensen was soms moeilijk om aan te zien. Soms moesten de medewerkers elkaar bemoedigen om toch vol te houden.<sup>111</sup>

Volgens een sociotherapeut die destijds werkte op Amstelland was het therapeutisch optimisme op die afdeling groot. Volgens hem heerste er een welhaast magisch denken. Wie de juiste woorden, de juiste houding, de juiste therapeutische interventie kon vinden, kon een belangrijke positieve wending geven aan de psychische groei van een bewoner.<sup>112</sup> Deze observatie lijkt veel op die van arts-assistent Van Nispen op Conolly, die ook daar een welhaast magisch geloof signaleerde in de macht van mensen om elkaar psychisch te beïnvloeden (zie hoofdstuk 3).

In Limburg probeerde psychiater Peter van den Hout een aantal afdelingen van psychiatrische ziekenhuizen om te vormen tot therapeutische gemeenschap. Van den Hout werkte begin jaren zeventig in psychiatrisch centrum Vijverdal en later in Welterhof. In 1980 schreef hij een kritisch boek over de psychiatrie, getiteld *Hoe echt zijn mensen?*, dat was geïnspireerd door Laing, Szasz en Foudraïne.<sup>113</sup> Inrichtingen zaten volgens Van den Hout vol met 'maatschappelijk ontheemden' die 'ten onrechte het etiket van de zieke geest' opgeplakt kregen. Ze waren niet ziek maar verdrietig, eenzaam, boos of teleurgesteld in het leven.

Op de afdelingen waar Van den Hout werkte, werd de psychische *breakdown* geïnterpreteerd als een zinvol signaal van wat er mis zat in het leven van mensen. Verpleegkundigen betrok hij intensief bij zijn behandelwijze. Hij organiseerde bijvoorbeeld leesclubjes bij zich thuis. Veel verpleegkundigen uit Welterhof herinnerden zich hun tijd op de afdeling van Van den Hout als baanbrekend en bevlogen.<sup>114</sup> Volgens Jan Schobben, die eind jaren zeventig opgenomen was in de therapeutische gemeenschap van Van den Hout in Welterhof, stond Van den Hout onder patiënten bekend als de 'Ayatollah'. Alhoewel Schobben de aanpak van Van den Hout later ging waarderen, was hij aanvankelijk bang voor deze psychiater die er in zijn ervaring 'bikkelhard' tegenaan ging. Mensen moesten onmiddellijk formuleren waar ze aan wilden 'werken'; met passiviteit had hij geen

geduld. Van den Hout zelf beschreef zijn aanpak als het 'afbreken' en 'opnieuw opbouwen' van mensen.<sup>115</sup>

### PSYCHOTHERAPIE

Het alternatief voor het medisch model heette weliswaar een sociaal model, omdat het ervan uit zou moeten gaan dat individuele psychische problemen samenhangen met sociale omstandigheden, maar het pleidooi voor een sociaal model was feitelijk een betoog voor psychotherapie, want door middel van 'praten' moest worden achterhaald waarom iemand was vastgelopen in zijn relaties of in de maatschappij. Psychotherapeutisch optimisme was dan ook een belangrijke kenmerk van de klinische psychiatrie tijdens de jaren zeventig.

Veel hoogleraren psychiatrie waren destijds psychoanalyticus.<sup>116</sup> Tijdens de naoorlogse decennia waren psychoanalytische denkbeelden en begrippen tot de basisinzichten van psychiaters gaan behoren.<sup>117</sup> Nieuwere stromingen in de psychotherapie, zoals de humanistische psychologie, diverse vormen van groepstherapie, psychodrama en gezinstherapie, zetten zich vaak af tegen de klassieke psychoanalyse.<sup>118</sup> Desondanks bleek het sterk psychoanalytisch getinte klimaat in de klinische psychiatrie een vruchtbare voedingsbodem voor moderne vormen van psychotherapie en ook voor de kritische psychiatrie. De boeken van Laing en Cooper kregen rond 1970 overwegend positieve recensies in de vakbladen. Het boek *Psychiatrie en anti-psychiatrie* van Cooper werd in het *Nederlands Tijdschrift voor Psychiatrie* een 'belangwekkende publicatie' genoemd en een 'uitdaging aan de lezer om kleur te bekennen.'<sup>119</sup> Over Laing en Estersons *Gezin en waanzin* schreef psychiater Marlet: 'Laing en Esterson slagen erin aan te tonen dat de gedragingen en uitspraken van hun patiënten goeddeels begrijpelijk worden in het licht van [...] het gezinsverband waaruit ze afkomstig zijn. Dit, hun belangrijkste bedoeling, is zó waardevol en belangrijk, dat hun wat apodictisch gestelde praemissen door de lezer niet al te letterlijk moeten worden genomen.'<sup>120</sup>

Vanuit de psychiatrische universiteitskliniek van de Universiteit van Amsterdam, waar hoogleraar psychiatrie en psychoanalyticus Piet Kuiper aan het hoofd stond, werd midden jaren zestig het dagcentrum aan de Vondelstraat opgericht, een democratisch en informeel opgezette therapeutische gemeenschap die grote faam genoot tijdens de jaren zeventig als voorbeeld van 'goede' psychiatrische hulpverlening.<sup>121</sup> Ook bestonden er warme contacten tussen Kuiper en Van de Lande.<sup>122</sup> In de universiteitskliniek van Kuiper werkten psychiaters rond 1970 ook met psychodrama en groepstherapie.

Kenmerkend voor de afstand die psychiaters namen van de natuurwetenschappelijke kanten van hun vak is dat het weinig had gescheeld of het *Tijdschrift voor Psychiatrie* en het *Tijdschrift voor Psychotherapie* waren in 1975 gefuseerd. Dat was althans de wens van de redactie van het *Tijdschrift voor Psychiatrie*. In de woorden van hoofdredacteur Piet Jongerius, directeur van de psychotherapeutische gemeenschap De Viersprong in Halsteren: 'Wij menen dat de psychothera-

peutische grondhouding hecht verweven is met al onze werkvormen.<sup>123</sup> De redactie van het *Tijdschrift voor Psychotherapie* weigerde echter samen te gaan met het psychiatrische vakblad, uit angst voor 'contaminatie van psychotherapie met psychiatrie.'<sup>124</sup>

Ook splitste de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie zich in 1974 in tweeën. Veel psychiaters waren de neurologie gaan beschouwen als irrelevant voor het psychiatrische werk. De Amsterdamse hoogleraar psychiatrie Piet Kuiper, wiens leerboek voor psychiaters *Hoofdsom der psychiatrie* (1973)<sup>125</sup> tijdens de jaren zeventig intensief werd gebruikt, vond het een 'verwerpelijk curiosum, dat lieden die sociaalpsychiater of psychotherapeut willen worden [...] maanden doorbrengen met het behandelen van bromfietzers die een schedeltrauma hebben opgelopen of ongelukkigen die een heiblok op het hoofd hebben gehad.'<sup>126</sup>

Psychiaters die een neurobiologische visie op psychiatrische problemen verdedigden, toonden zich rond 1970 onzeker. Zo schreef psychiater Wertenbroek uit psychiatrisch centrum St. Willibrord dat er geen goede criteria bestonden om te beoordelen in hoeverre psychisch afwijkend gedrag somatisch bepaald was. Psychiaters hadden volgens hem lange tijd geprobeerd te bewijzen dat geestesziekten het gevolg waren van cerebrale stoornissen, maar de waarheid gebood te erkennen dat dit bewijs voor de meerderheid van de psychische stoornissen niet geleverd was.<sup>127</sup>

De klassieke psychiatrische diagnostiek, die onder vuur lag van kritische psychiaters en sociologen, werd ook door veel andere psychiaters en hulpverleners tijdens de jaren zeventig minder belangrijk gevonden dan voorheen. Kuiper waarschuwde destijds voor de stigmatiserende werking van psychiatrische diagnostiek.<sup>128</sup> Hij achtte de 'mens en zijn verhaal' belangrijker dan het toewijzen van diagnoses. 'Etiketten plakken' had weinig zin, aldus Kuiper, 'zolang we niet begrijpen wat er aan de hand is'.<sup>129</sup> Zo duiden de behandelaars op Amstelland de psychische problemen van de bewoners, of ze nu van psychotische, depressieve of neurotische aard waren, vrijwel standaard aan als 'identiteitsproblematiek'.<sup>130</sup>

De strikte grens die de invloedrijke Utrechtse hoogleraar psychiatrie H.C. Rümke tijdens de jaren vijftig en zestig bepleitte tussen psychiatrische ziekten enerzijds en de psychische problemen van fundamenteel gezonde mensen anderzijds, vervaagde.<sup>131</sup> Veel psychiaters spraken tijdens de jaren zeventig in termen van een glijdende schaal ofwel een continuüm tussen 'normaal' en 'psychotisch'.<sup>132</sup> Of het nu ging om 'de psychose, de depressie, het crisisgedrag, de borderline', schreef bijvoorbeeld de Limburgse psychiater Van den Hout, het waren allemaal uitingen van weerstandsgedrag dat 'ten doel heeft levensproblemen en levenspijn te kunnen ontvluchten of verdringen'.<sup>133</sup>

Alhoewel de meeste psychiaters in de vakliteratuur het belang bleven benadrukken van een integratie van de biologische, sociale en psychologische aspecten van geestesziekte, woedden onderhuids felle discussies over de waarde van 'pillen' versus 'praten'. Tijdens de voorjaarsvergadering van de afdeling Psychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie uit 1972, getiteld 'Psy-

chiatricie in discussie', betoogden sommigen dat een te grote nadruk op somatiek ertoe leidde dat 'de mens zelf in interactie met zijn vroegere of huidige omgeving wordt vergeten.'<sup>134</sup> Anderen stelden dat psychofarmaca in de behandeling van psychosen van meer primair belang waren dan psychotherapie.<sup>135</sup>

Blijkbaar stond de traditionele 'gestichtspsychiatrie' tijdens de voorjaarsvergadering bloot aan kritiek. De bejaarde psychiater Johannes van der Spek, die tijdens de jaren dertig en veertig geneesheer-directeur was van de psychiatrische inrichting Maasoord te Rotterdam, voelde althans de behoefte zich te verdedigen. Hij betoogde dat jongere psychiaters zich niet konden voorstellen onder welke omstandigheden er vijftig jaar geleden gewerkt moest worden. 'Ik zou daarvoor begrip en een mild oordeel willen invoeren', aldus Van der Spek. 'Wij waren zenuwarts, internist, tandarts, vroedmeester, apotheker tegelijk.' En 'wat hadden wij voor medicijnen! Wij werden wel gedwongen cellen en inwikkelingen toe te passen.' Volgens Van der Spek was het aanzien van de gestichtspsychiatrie onherkenbaar veranderd sinds de komst van de psychofarmaca.<sup>136</sup>

#### DE OMSTREDEN REVOLUTIE VAN DE PSYCHOFARMACA

In veel opzichten was het therapeutisch klimaat in de klinische psychiatrie van de jaren zeventig een reactie op voorafgaande decennia. Vanaf de jaren veertig domineerden lichamelijke behandelvormen de behandelpraktijk van de intramurale psychiatrie en stond niet het bevorderen van openheid voorop, maar juist het tegengaan van emotionele onrust. De reeds lang sluimerende ontevredenheid over de geringe genezende kracht van de fysieke behandelmethoden en de ingrijpende bijwerkingen ervan, bereikte in de jaren zeventig een piek.

Eind jaren dertig waren diverse shockkuren geïntroduceerd in de klinische psychiatrie. De elektroshocktherapie was oorspronkelijk gebaseerd op de aannahme dat epilepsie en schizofrenie niet in één persoon konden bestaan. Door twee elektroden op de slapen van de patiënt te plaatsen, zond men een stroomstoot van zo'n 70 tot 130 volt door diens lichaam, hetgeen leidde tot een insult en vervolgens bewusteloosheid. Al snel gebruikten psychiaters deze behandelmethode ook in de behandeling van mensen die niet als schizofreen gediagnostiseerd waren. Ze hoopten dat het tijdelijk leeg vagen van de geest genezend zou werken.

Naast de elektroshocktherapie was de insuline-comakuur vanaf de jaren dertig in gebruik in de intramurale psychiatrie. Door toediening van grote hoeveelheden insuline daalde de suikerspiegel zodanig dat mensen in een toestand van diepe bewusteloosheid geraakten. Dit coma werd na enige tijd weer afgebroken door toediening van glucose. Ten slotte werden in ons land mensen onderworpen aan de 'lobotomie' of 'leucotomie', een hersenoperatie waarbij de frontale hersenkwabben los werden gesneden van de centrale hersenen. Naar schatting zijn tweehonderd Nederlanders aan dergelijke psychochirurgie onderworpen tussen 1946 en 1972.<sup>137</sup>

De shockkuren werden in de jaren veertig en vijftig veel gebruikt, al was na een

hoopvol begin al snel twijfel gegroeid. De gevaren van de fysieke kuren waren niet gering en hoe de kuren precies werkten wist men in feite niet. In 1950 schreef Gerard Kraus, hoogleraar psychiatrie in Groningen: 'Terwijl we in de laatste decennia, zonder precies te weten wat we deden en waarom, patiënten op de rand van de dood hebben gebracht en met tal van middelen epileptische insulten hebben opgewekt, gaan we met de leucotomie nog een stap verder. En we doen dat wel onder de verzachtende omstandigheid dat we het heil van de patiënt nastreven, maar niettemin zonder precies te weten wat we doen en waarom we het doen.'<sup>138</sup> Diverse inrichtingspsychiaters meldden dat botbreuken regelmatig voorkwamen; niet overal combineerde men de elektroshocks consequent met het toedienen van een spierverslappend middel of algehele narcose.<sup>139</sup> Angst van patiënten voor de shocktherapieën was een andere complicatie waarop psychiaters zelf al vroeg wezen.<sup>140</sup>

Voorlopig beschikten psychiaters echter over weinig alternatieven. Wat medicatie betrof hadden ze voor de jaren vijftig de beschikking over kalmerende middelen als opium, morfine, Chloral en Paraldehyde.<sup>141</sup> Nadeel van dergelijke middelen was het verslavingsgevaar, waarvan psychiaters zich terdege bewust waren. Bovendien bestreden deze middelen weliswaar effectief de angsten en agressie van patiënten, maar raakten mensen er erg versuft van en hielpen ze niet structureel tegen hun wanen, hallucinaties of depressieve symptomen. Het jaar 1953 betekende evenwel een keerpunt. In dat jaar werd het medicijn Largactil (chloorpromazine) in de psychiatrie geïntroduceerd. Het middel werd al langer gebruikt als verdovingsmiddel bij operaties en in de bestrijding van allergieën, maar in 1951 ontdekte de Franse chirurg Laborit het gunstige effect van Largactil op de onrustige geest.<sup>142</sup> Dit nieuws bracht de Franse psychiaters Jean Delay en Pierre Deniker ertoe om chloorpromazine aan psychiatrische patiënten toe te dienen. De effecten waren bemoedigend. Patiënt Giovanni A. bijvoorbeeld liep vóór het gebruik van Largactil rond 'met een vaas op zijn hoofd, terwijl hij zijn vrijheidsliefde predikte.' Na negen dagen chloorpromazine kon hij een normaal gesprek voeren en al snel ging hij met ontslag.<sup>143</sup>

Medio jaren vijftig heerste in de hele westerse psychiatrie en ook in ons land een revolutionaire stemming. Familieleden van patiënten spraken van een psychofarmaceutisch 'wonder'.<sup>144</sup> Een verpleegkundige uit de Brabantse psychiatrische inrichting Vrederust wist niet was haar overkwam. 'Je zag veel mensen heel erg opknappen', vertelde ze achteraf. 'Patiënten die nog nooit gesproken hadden en die nu opeens begonnen te vertellen.'<sup>145</sup> Alhoewel men het erover eens was dat patiënten veel benaderbaarder werden en de controle over zichzelf voor een belangrijk deel terugkregen, waren veel Nederlandse psychiaters terughoudend in hun oordeel over de structurele genezende potentie van de nieuwe middelen. De geneesheer-directeur van de Utrechtse Willem Arntsz Stichting A. Poslavsky stelde in 1959 dat de nieuwe psychofarmaca problemen wel konden verdoezelen, maar niet oplossen.<sup>146</sup> Ook andere psychiaters zagen de psychofarmaca niet als geneesmiddelen, maar nadrukkelijk als symptoombestrijders.<sup>147</sup>

Na de introductie van Largactil volgden in hoog tempo talloze andere antipsychotica, antidepressiva en kalmerende middelen. Begin jaren zestig waren er in de meeste inrichtingen nog maar weinig patiënten die geen medicijn slikten; vaak gebruikten ze er meerdere tegelijk.<sup>148</sup> Mede als gevolg van de psychofarmaca verdwenen de shockkuren langzaam – maar zeker niet onmiddellijk – van het toneel. Tijdens de jaren zestig verschenen evenwel vele artikelen over de nadelige bijwerkingen van de nieuwe psychofarmaca. Men sprak van ‘matheid en vermoeibaarheid’.<sup>149</sup> Sommige middelen veroorzaakten Parkinson-achtige klachten.<sup>150</sup> Andere bijwerkingen waren stoornissen op het gebied van de eetlust, het gewicht, het slaapritme of de libido. Patiënten zelf uitten zich geregeld kritisch over de nieuwe middelen. Iemand meldde dat hij zich door de nieuwe pillen van de wereld ‘afgesneden’ voelde. Hij voelde zich ‘lam van binnen’ en niet langer zichzelf. Een ander dacht dat men van zijn geest ‘die als een oerwoud met wilde dieren, distels en doornen was, nu een saai fabrieksterrein’ wilde maken.<sup>151</sup> Verpleegkundigen berichtten dat patiënten soms heimwee hadden naar de stemmen waarmee ze jaren hadden geleefd.<sup>152</sup>

Wat betreft het dagelijks leven in de intramurale psychiatrie leidden de psychofarmaca weliswaar tot minder agressie en onrust, maar vormden ze zelf een bron van een nieuw soort onrust. Verpleegkundigen kregen een nieuwe taak: zij moesten de medicijnen ‘in de patiënten praten’, vaak tegen veel weerstand in. In het uiterste geval was dwang nodig om de medicijnen naar binnen te krijgen. Deze strijd rond de medicatie zal de relatie tussen behandelaars, verplegenden en patiënten vaak hebben bemoeilijkt. Daarbij was het vooral voor patiënten, maar ook voor het verplegend personeel onprettig om geconfronteerd te worden met de vaak heftige fysieke bijwerkingen van de nieuwe medicijnen, zoals de motorische onrust, ‘het overall kwijlen en het heen en weer rennen over de afdeling, de tremoren en de krampen.’<sup>153</sup>

### ‘OPLAPPEN’ OF GENEZEN

De reacties op de omstreden revolutie van de psychofarmaca namen grofweg twee vormen aan. Sommige behandelaars kozen voor een pragmatische opstelling. Zij grepen de psychofarmaca aan als hulpmiddel in een sociaal-psychiatrische aanpak. In 1965 betoogde bijvoorbeeld directeur Stotijn van Endegeest dat het streven van deze inrichting was om mensen zo kort mogelijk te onderwerpen aan psychiatrische zorg, om hen vervolgens zo snel mogelijk weer op de rails te helpen van hun ‘levenstraject’.<sup>154</sup> Sinds de jaren dertig was een sociaal-psychiatrische werkwijze ontstaan die leidde tot een landelijk netwerk van wat later ‘sociaal-psychiatrische diensten’ (SPD’en) gingen heten. Die probeerden mensen een psychiatrische opname te besparen door middel van ‘voor- en nazorg’.<sup>155</sup> Psychiaters en verpleegkundigen hielden spreekuur in consultatiebureaus en brachten indien nodig bezoeken aan huis. De psychofarmaca waren een belangrijke impuls voor dit klassieke sociaal-psychiatrische werk. Door deze middelen konden patiënten

vaker en eerder uit de inrichting worden ontslagen en konden zij zich beter zelfstandig handhaven. Het aantal patiënten van de SPD'en groeide snel in de jaren vijftig.<sup>156</sup> In de jaren zestig richtten veel psychiatrische ziekenhuizen bovendien poliklinieken op waar nazorg kon worden gegeven aan ontslagen patiënten, net zoals in Brinkgreven.

Kritische hulpverleners gingen daarentegen, zoals eerder in deze paragraaf is beschreven, rond 1970 betogen dat de problemen van mensen niet moesten worden toegedekt maar opgelost, door middel van individuele of groepsgewijze inzichtgevende psychotherapie, of met behulp van relatie- en gezinstherapie. De aandacht die sinds het begin van de twintigste eeuw was gegroeid voor de psychoanalyse en aanverwante vormen van psychotherapie, bereikte nu een piek – net als de kritiek op fysieke behandelmethoden, die onder psychoanalytici altijd al aanwezig was geweest.<sup>157</sup>

Het psychotherapeutisch optimisme vond weerklank onder hulpverleners in de klinische psychiatrie, die zich in deze periode gefrustreerd betoonden over het opkomende 'draaideur-fenomeen' in deze sector. Sommigen van hen vergeleken het werken in de klinische psychiatrie met het oplappen van soldaten (patiënten), die vervolgens werden teruggestuurd naar het front (de samenleving) om na enige tijd opnieuw gewond terug te keren.<sup>158</sup> Weliswaar was tijdens de jaren zeventig het aantal chronische patiënten in de intramurale psychiatrie gedaald<sup>159</sup> en werd ook de gemiddelde opnameduur korter, het aantal heropnames in de intramurale psychiatrie was evenwel gestegen.<sup>160</sup> Onder hulpverleners wekte deze situatie een gevoel van machteloosheid, dat de wens versterkte om de problemen van hun cliënten nu eens voorgoed de wereld uit te helpen door ze bij de wortels aan te pakken.

Al vanaf de Tweede Wereldoorlog was de aandacht voor individuele en groepspsychotherapie gegroeid, maar het groeiend aantal verpleegkundigen en psychologen zorgde ervoor dat er steeds meer mogelijk werd op psychotherapeutisch gebied. Paradoxaal genoeg vormden ook de verketterde psychofarmaca in de praktijk een steun in de rug van psychotherapeutische behandelvormen. Psychofarmaca werden door aanhangers van het 'sociale model' kritisch bekeken, maar wel degelijk gebruikt. Net als op Conolly was men in de praktijk vooral pragmatisch. Het streven was evenwel om deze middelen spaarzaam en tijdelijk te gebruiken, als ondersteuning van het psychotherapeutisch proces.

Veel directeuren van psychiatrische ziekenhuizen boden niet alleen sociaal-psychiatrisch georiënteerde hulpverleners de ruimte, maar ook mensen die aan de slag wilden met psychotherapie. Het aanbieden van een zo breed mogelijk behandel aanbod paste in de emancipatiedrang van psychiatrische ziekenhuizen, die tijdens de jaren zestig was ontstaan, mede als reactie op de verslechterde reputatie van de geregeld als 'achterlijk' neergezette intramurale psychiatrie.<sup>161</sup> 'De psychiatrische inrichting schijnt te degraderen tot opberginrichting voor chronisch zieken en maatschappelijke non-valeurs', klaagde R. Zijlstra, geneesheer-directeur van de psychiatrische inrichting Beileroord. 'Het aanzien van de psychiatrische

inrichting als levend ziekenhuis en bron van hernieuwde gezondheid brokkelt voortdurend af.<sup>162</sup>

De inrichtingen wilden niet achterblijven bij de ambulante hulpverlening in de moderne Instituten voor Medische Psychotherapie of Bureau's voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden die sinds de Tweede Wereldoorlog waren ontstaan. Net als geneesheer-directeur Stein van Brinkgreven betoogden ook veel andere geneesheer-directeuren dat de psychiatrische inrichting diende te veranderen van een verblijfsinstelling in een dynamisch en veelzijdig behandelcentrum.<sup>163</sup> De wens van inrichtingsdirecties om hun ziekenhuizen weer op de kaart te zetten als bronnen van 'hernieuwde gezondheid' was een steun in de rug van veel van de afdelingen die in dit hoofdstuk aan bod kwamen. Typerend voor de steun die kritische hulpverleners kregen, is dat vooruitstrevende paviljoens als Amstelland en Larikhof gevestigd waren in recentelijk gerenoveerde paviljoens. Beide hadden dan ook als bijnaam het 'Hilton'.

#### 5.4 *Losmaking*

Trimbos vond in 1970 dat er ernst gemaakt moest worden met 'antipsychiatrie', waarbij hij verwees naar Cooper. Het medisch model diende te worden aangevuld met, misschien zelfs vervangen door, een 'sociaal interactiemodel', meende Trimbos.<sup>164</sup> Twee jaar later betoogde hij dat de klinische psychiatrie zich voortaan zou moeten baseren op de visie van Laing dat de psychose 'een positief gewaardeerde, unieke innerlijke reis van een persoon [is] die niet gekonformeerd is aan en niet gedeformeerd door onze abnormale samenleving.' De psychose was volgens Trimbos een 'reactievorm' op dwang vanuit sociale structuren, 'vooral van mikrosociale aard, d.w.z. het gezin.'<sup>165</sup>

In hun speurtocht naar de zin in de waanzin richtten veel kritische hulpverleners net als Trimbos tijdens de jaren zeventig hun zoeklicht op het gezin rondom mensen in psychische nood. Alle drie de heersende idealen, de vergroting van de individuele vrijheid, het gelijkwaardiger maken van ongelijke gezagsverhoudingen en het streven naar emotionele openheid, konden prima worden geprojecteerd op de notie van het 'ziekmakende' gezin. De persoonlijke groei van kinderen zou door paternalistische en emotioneel afstandelijke ouders dikwijls structureel worden belemmerd, dachten veel hulpverleners destijds.

In hoofdstuk 3 is reeds beschreven hoe begin jaren zestig de aandacht voor gezinstherapie groeide in ons land, mede gestimuleerd door de Nederlandse overheid die hierover symposia en cursussen organiseerde, waar onder anderen Laing kwam spreken. Begin jaren zeventig was gezinstherapie hier een ware rage geworden.<sup>166</sup> Ook Kuiper meende dat 'vele psychische stoornissen ontstaan doordat de patiënt als kind in de gezinssituatie waarin hij is opgegroeid een slechte behandeling heeft ondergaan.'<sup>167</sup> Hij sprak van 'psychotiserende' en 'gek makende' gezinnen. Kuiper legde als volgt uit wat hij daarmee bedoelde. 'In gezinnen die tot een

*neurotische* ontwikkeling predisponeren', aldus Kuiper, 'wordt het kind slechts geaccepteerd op bepaalde voorwaarden, namelijk het afstand doen van bepaalde driftimpulsen. [...] In het gezin waar de karakters worden gevormd van de latere psychotici is zelfs een dergelijke aanpassing niet mogelijk. Het kind kan geen enkele levensvorm vinden die ertoe leidt dat het zich door de ouders geliefd voelt, het voortdurend blootgesteld zijn of aan openlijke of aan latente agressie geeft de ik-ontwikkeling geen kans.'<sup>168</sup>

Losmaking van ouders was op sommige afdelingen in de klinische psychiatrie een centraal thema tijdens de jaren zeventig. De eerder genoemde psychiater Mathijssen, die pleitte voor een 'volwassen' psychiatrie, was rond 1970 op Amstelland werkzaam. Daar herkende hij moeiteloos allerlei ziekmakende communicatiepatronen tussen ouders en kinderen zoals Laing en Esterson die hadden beschreven in *Gezin en waanzin*. Zo sloeg Mathijssen ooit een dialoog gade tussen een vader en zijn dochter. De dochter zei dat ze zich de mislukkeling van de familie voelde. De vader antwoordde: "Nee hoor schatje, we hebben juist medelijden met je". Mathijssen legde uit: "In het eerste gedeelte van de zin ontkent hij de bewering van de dochter, terwijl hij met het woord "medelijden" de bewering juist bevestigt".<sup>169</sup>

Begin jaren zeventig organiseerde Amstelland bijeenkomsten voor de ouders van bewoners. Een van die 'gezinsmiddagen' had tot thema: 'Wie is hier nou ziek?' In de herinnering van een bewoner dienden de middagen vooral om ouders duidelijk te maken dat hun gedrag een negatieve invloed had op hun kinderen.<sup>170</sup> Zowel Van de Lande als andere oud-medewerkers van Amstelland erkenden achteraf dat ouders geregeld door hen in het beklagdenbankje werden gezet omdat ze zelf nog een appeltje te schillen hadden met hun ouders. De agressie tegen hun vader en moeder sublimerden ze in hun werk. Op Amstelland wilden zij de bewoners een alternatieve, 'goede' omgeving bieden: een nieuwe, bevrijdende familie.<sup>171</sup>

Tekenend voor het grote belang dat men op Amstelland hechtte aan de rol van ouders is ook dat Van de Lande psychiatrisch adviseur was voor de films *Kind van de zon* (zie hoofdstuk 2) en *Toestanden*. In beide films wordt het ontstaan van psychische problemen in verband gebracht met de emotionele kilheid en latente agressie van ouders.<sup>172</sup> De psychoanalytisch opgeleide Van de Lande, die zelf als adolescent enige tijd van zijn ouders vervreemd was geraakt,<sup>173</sup> signaleerde zelf zijn 'overidentificatie' met de bewoners in 1973 in het *Tijdschrift voor Psychiatrie*. Hij beschreef daarin hoe een ouderpaar hun zoon van Amstelland kwam weghalen, terwijl Van de Lande juist probeerde om de 'symbiotische relatie' tussen moeder en zoon te doorbreken. Hij ervoer het vertrek van de jongen als een vorm van diefstal en was naar eigen zeggen tot tranen toe bewogen.<sup>174</sup>

Alhoewel de behandelaars op Amstelland in een kwart van de gevallen ook het gezin van bewoners in voortgezette gezinstherapie namen,<sup>175</sup> stond losmaking centraal in hun aanpak, die wel is getypeerd als een 'therapeutische ontvoering'.<sup>176</sup> Hetzelfde gold voor Rijnland. Het hoofd van deze TG, Bierenbroodspot, was net

als Foudraine beïnvloed door de Amerikaanse gezinstherapeut Lidz, die schizofrenie beschouwde als een functie van de gezinspathologie. Een belangrijk onderdeel van de therapie was volgens Lidz dat de patiënt afstand nam van de 'gekmakende invloed' van de ouders.<sup>177</sup> Elders was het soms juist een contra-indicatie als het gezin niet mee wilde werken aan de behandeling. Volgens een verpleegkundige die midden jaren zeventig in Vogelenzang werkte, werden patiënten daar soms niet opgenomen omdat hun 'systeem' weigerde mee te komen naar het intakegesprek.<sup>178</sup> Welke vorm men er ook aan gaf, zeker is dat het 'systeemdenken', waarbij de psychische problemen van het individu werden gezien als uitkomst van pathogene gezinsrelaties, wijd verbreid raakte tijdens de jaren zeventig. Zo was in psychiatrisch ziekenhuis Endegeest de invloed van het systeemdenken duidelijk zichtbaar in de patiëntendossiers. Behandelaars spraken geregeld van 'gezinspathologieën', van ouders die hun kinderen klein wilden houden, en van dominante of 'schizofrenogene' moeders.<sup>179</sup> Een man die was opgenomen wegens hevige angsten, visuele en akoustische hallucinaties diagnostiseerde men als lijdende aan 'individuele problematiek', die het gevolg zou zijn van zijn afkomst uit een 'rigide en wereldvreemd gezin'.<sup>180</sup>

Ook elders in de klinische psychiatrie raakten de relatie- en gezinstherapie in zwang tijdens de jaren zeventig. Medio jaren zeventig voegde Schneider de relatie- en gezinstherapie toe aan het therapeutisch arsenaal op zijn afdeling Larikhof in Zon en Schild, waar regressie- en groepstherapie tot dan toe de belangrijkste pijlers waren van het behandelklimaat. Aanvankelijk had Schneider zijn aarzelingen over deze benadering, vertelde hij achteraf. De familieleden van patiënten hield men op zijn afdeling tot dan toe liever buiten de deur, omdat de bewoners vaak overstuurd raakten van hun bezoeken. Bewoners die in de beginfase van hun regressie zaten, was het verboden om bezoek van ouders te ontvangen – een regel die rond 1980 overigens nog steeds gold.<sup>181</sup> Na enige ervaringen met gezinstherapie te hebben opgedaan, was Schneider echter zeer enthousiast geworden. Een jongen die maandenlang niet had gesproken en die te boek stond als een katatone schizofreen, kon volgens Schneider na een emotionele ontlading tijdens een gezinstherapeutische sessie genezen weer naar huis.<sup>182</sup> Psychotische symptomen beschouwde het behandelteam op de Larikhof nadrukkelijk niet als gevolg van 'een ziekte in het brein', maar als een probleem dat te maken had met de 'onderlinge omgang' tussen gezinsleden.<sup>183</sup> De psychische problemen van bewoner Cees interpreteerde men bijvoorbeeld als resultaat van de onderlinge strijd tussen vader en moeder, die de zoon in de onmogelijke positie plaatste dat hij voor een van beiden moest kiezen. De jongen weigerde dit. In de woorden van de hulpverleners: 'Door gek te doen maakte Cees geen keuze en bleef loyaal aan beiden'. Net als op Conolly zag men 'gestoord' gedrag en gevoel ook op de Larikhof als een rol die iemand speelde; 'gekte' was een strategie die men koos als gevolg van problemen in de relaties met anderen.<sup>184</sup>

Het streven naar bevrijding of losmaking van jongvolwassenen van hun ouders was een belangrijk thema in de psychiatrische hulpverlening van de jaren zeven-

tig. Op de opnameafdeling Junianus bijvoorbeeld van psychiatrisch centrum St. Willibrord, waar men een alternatief voor het 'medisch model' probeerde te creëren in de vorm van een systeemtherapeutische aanpak, gaven de behandelaars het volgende praktijkvoorbeeld. Een 21-jarige jongen werd opgenomen omdat hij stemmen hoorde die hem opdroegen het huis uit te gaan en zich te suïcideren. Tijdens gezinsgesprekken bleek, aldus de therapeuten, dat de jongen een sterke coalitie vormde met zijn moeder, terwijl de vader opvallend afwezig was. De jongen vervulde feitelijk de rol van de echtgenoot, vond men. Hij had thuis diverse privileges – hij hoefde bijvoorbeeld geen kostgeld te betalen, zoals zijn broer – die er volgens de therapeuten op wezen dat de ouders er nog niet aan toe waren de jongen los te laten. De behandeling bestond uit het zelfstandig maken van de jongen en het bevorderen van de coalitie tussen vader en moeder. 'Het psychotisch gedrag en de suïcidaliteit van de geïdentificeerde patiënt zijn na de opname onmiddellijk verdwenen', aldus de therapeuten.<sup>185</sup>

#### 'WAAROM EXPLODEERT DE ZAAK NU?'

Het systeemdenken bloeide ook op de moderne crisiscentra die in de jaren zeventig ontstonden. Op de psychiatrische afdeling van het algemene ziekenhuis Overvecht, die in 1971 van start ging, richtten de hulpverleners zich op crisisinterventie.<sup>186</sup> Centraal element in de behandeling was de systeembenadering. 'De cliënten die we hier krijgen zitten met een enorm stuk boosheid ten opzichte van hun systeem', aldus een medewerkster. 'Als je daaraan voorbijgaat en hen opgelapt terugstuurt, kun je op je vingers uitrekenen dat het weer fout gaat.' Familie en kennissen werden dan ook zoveel mogelijk betrokken bij de behandeling. Vaak, was het idee, bracht de individuele cliënt de problemen van een heel sociaal systeem naar buiten. De medewerking van gezinsleden kwam niet altijd even makkelijk op gang – veel mensen zagen in de vraag om medewerking aan de therapie een impliciete beschuldiging. Ook had het crisiscentrum van Overvecht de naam dat daar vaak op een scheiding zou worden aangestuurd. Maar dat was niet terecht, vond cliënt Jos. 'De relaties worden hier volledig blootgelegd. De partners moeten dan zelf beslissen of ze ermee door willen gaan of niet.' Naast gezins- en relatietherapie werd ook gebruik gemaakt van psychodrama en gespreksgroepen. Medicijnen wilde men zo min mogelijk verstrekken.

In TG's sprak men vaak van bewoners, een term die al aangeeft dat een behandeling soms enige tijd kon vergen; men kwam wonen in een TG. De benaming 'cliënt' was meer gangbaar in crisiscentra en geeft aan dat hier een sterke nadruk werd gelegd op de vrije keuze van de opgenomen mensen. Volgens cliënt Klaas werd men op de psychiatrische afdeling van ziekenhuis Overvecht 'voortdurend verantwoordelijk gesteld voor je eigen problemen en de oplossing die je daar voor moet vinden.'<sup>187</sup> De eis dat men met zichzelf en de eigen problemen actief aan de slag ging, was de basis van de behandeling. Ook kon een cliënt gevraagd worden te beloven gedurende de therapie geen zelfmoord te plegen. 'We proberen men-

sen niet te wennen aan het proces van hulpverlening', aldus psycholoog Louk Portier. 'Zo'n proces kan een verslaving worden, net als drugs of alcohol'.

In de loop van 1971 en 1972 ontstonden nog drie crisiscentra, in Amsterdam, Groningen en Den Haag.<sup>188</sup> Het verblijf daar mocht hooguit enkele dagen duren. Ook op het Amsterdamse 'krisiscentrum' van het Wilhelmina Gasthuis betrokken men het systeem rond de cliënten zo mogelijk meteen bij de behandeling.<sup>189</sup> Een man wiens vrouw er begin jaren zeventig opgenomen was, herinnerde zich: 'Ik had het idee dat ik zelf in behandeling was. Als ik daar bijvoorbeeld om drie uur [op bezoek] kwam, was ik blij als ik haar om vijf uur zag. Net een kruisverhoor.'<sup>190</sup> Een vrouw die korte tijd op het Krisiscentrum verbleef, vertelde achteraf dat haar daar meteen werd gevraagd: 'Wilt U niet scheiden?'<sup>191</sup>

Ook sommige psychiatrische ziekenhuizen richtten een eigen crisisdienst op tijdens de jaren zeventig. Zo ging in 1973 vanuit de inrichting Het Hooghuis in Etten-Leur een '24 uren bereikbaarheidsdienst' van start, opgericht door de eerdergenoemde psychiater Van Baar. Na zijn ontslagname als directeur van Huize Padua, omdat hij zich zo schuldig voelde over zijn hoge plaats in de hiërarchie, was Van Baar in Het Hooghuis gaan werken. Zijn 24-uurs bereikbaarheidsdienst ging bij mensen langs die in een psychische crisis verkeerden, om een opname zo mogelijk te voorkomen. In een interview met dagblad *Trouw* gaf Van Baar een praktijkvoorbeeld van een man die ontremd en druk was geworden en erg gemakkelijk rondjes weggaf in café's. De man voelde zich niet ziek, alleen 'gedreven'. Zijn vrouw verzocht om opname. Van Baar probeerde de familie duidelijk te maken dat hijzelf niet vond dat de man ziek was, en dat hij hem dus ook niet liet opnemen. De echtgenote verklaarde de psychiater voor gek, maar liet zich toch overhalen tot een behandeling thuis. Van Baar voerde vervolgens gesprekken met de man, zijn vrouw en hun kinderen over de emotionele en relationele conflicten die tijdens de crisis naar boven waren gekomen.<sup>192</sup>

In Welterhof ontstond medio jaren zeventig een Acute Hulppost waaraan een Krisis Interventie Centrum verbonden was, waar men enkele nachten kon slapen.<sup>193</sup> De vraag 'waarom explodeert de zaak NU?' stond centraal op het ΑΗ/ΚΙC. De ziekte van een heel sociaal systeem, vaak een gezin, werd door een individu naar buiten gebracht, dacht men – net als op Conolly, Junianus en het crisiscentrum van ziekenhuis Overvecht.

### 5.5 Grenzen van genezingsdrang

Een van de problemen waarmee vernieuwingsgezinde hulpverleners te maken kregen was, net als op Conolly, de teleurstelling van sommigen onder hen over de *resultaten* van de nieuwe benaderingen. Op Amstelland bijvoorbeeld vond midden jaren zeventig een golf van zelfmoorden plaats, die een gevoelige knauw gaf aan het therapeutisch optimisme op deze afdeling. Tot die tijd waren er nog geen suicides op Amstelland voorgekomen, zoals Van de Lande geregeld trots had ge-

meld in interviews. Een bewoner van Amstelland had in het geheim een 'romantische doodscultus' rondom zichzelf weten te creëren en bracht zichzelf op theatrale wijze om het leven. Drie bewoners volgden hem in de dood.<sup>194</sup>

Op de opnameafdeling 4B van het Utrechtse Willem Arntsz Huis, waar men een TG had opgezet en probeerde te werken met zo min mogelijk medicatie, trad na een enthousiast begin gaandeweg de deceptie in. Sommige hulpverleners begonnen te twijfelen aan de gehanteerde werkwijze. Een 'bezinningsgroep' stelde de vraag of het werkelijk zinvol was een psychose voort te laten duren. Eén medewerker kon het niet meer aan en vertrok; hij was op 4B tegen 'menselijke grenzen' aangelopen. 'Toch', schreef hij, 'geloof ik dat we op onze manier aan iets belangrijks begonnen zijn: het weer opvatten van de dialoog met de waanzin'.<sup>195</sup> De groepstherapie met de bewoners verliep 'uiterst moeizaam'. De medewerkers vielen naar eigen zeggen in een 'behandelingsvakuüm [sic]', omdat ze groepstherapie hadden beschouwd als hun voornaamste therapeutische activiteit.<sup>196</sup>

Andere grenzen van de genezingsdrang hadden te maken met kwesties rond de opnamefunctie van de klinische psychiatrie, die soms door de psychotherapeutische genezingsdrang in gevaar dreigde te komen. Opvallend is dat veel conflicten zich voordeden wanneer, net als in het geval van Conolly, de nadruk op een psychotherapeutische behandeling leidde tot een selectief opnamebeleid. Zo speelde zich midden jaren zeventig een conflict af rond de eerder genoemde afdeling 4B van het Willem Arntsz Huis. Men wilde er vooral geen 'opnamefabriek' worden. Dat leidde tot conflicten. Soms wilde men op 4B een patiënt niet opnemen, bijvoorbeeld wanneer men bang was hem niet te kunnen helpen. Dat schoot sommige psychiaters op de polikliniek van het WA-Huis in het verkeerde keelgat. Tot woede van de kritische hulpverleners op 4B drongen deze artsen hen soms patiënten op.<sup>197</sup>

Rond 1980 vond een conflict plaats rond opnamepaviljoen Junianus van psychiatisch centrum St. Willibrord in Heiloo, waar de systeembenadering het leidende beginsel was.<sup>198</sup> Een opname op Junianus was in principe slechts mogelijk wanneer eerst met het gezin was gesproken. Soms namen de behandelaars niet alleen de 'geïdentificeerde patiënt' op, maar ook andere leden van diens sociale systeem. Dat leidde tot een overvolle opnameafdeling. Verwijzers konden nieuwe patiënten soms niet meer kwijt en dat leidde tot conflicten – een vergelijkbare situatie kortom als die op Conolly.<sup>199</sup>

In Welterhof heerste een conflict tussen de afdeling waar Van den Hout de scepter zwaaide en de gesloten opnameafdeling, waar men het gevoel had te worden verketterd als exponenten van het 'ouderwetse' medische model. Van den Hout vond inderdaad dat men op de opnameafdeling geen tolerantie had voor afwijkend gedrag. Uit angst dempte men er alle heftige emotionele uitingen meteen met pillen of dwang. Medewerkers van de opnameafdeling op hun beurt vonden dat men bij Van den Hout maar wat 'ideologisch zat te praten', terwijl bewoners die daar niet beter van werden op de gesloten afdeling werden gedumpt. Daar voelde men zich de vuilnisbak van de 'falende praatcultuur'.<sup>200</sup> De Acute

Hulppost en de opnameafdeling klaagden erover, dat ze mensen niet konden doorplaatsen naar de afdeling van Van den Hout, waar alleen mensen terecht zouden kunnen die voldoende gemotiveerd waren om behandeld te worden. Een psycholoog uit Welterhof schreef boos dat het erop leek dat patiënten genezen moesten zijn om opgenomen te kunnen worden.

De psychotherapeutische genezingsdrang die schuilging achter het protest tegen het medische model leidde kortom soms tot een aantasting van de mogelijkheid om nieuwe patiënten op te nemen. Net als op Conolly ontstonden ook elders problemen wanneer de aselechte opvangfunctie van het psychiatrisch ziekenhuis in het gedrang dreigde te raken. Hier lag blijkbaar voor sommige hulpverleners een cruciale grens.

### 'KINDEREN VAN DE NACHT'

In het eerdergenoemde rapport *De chronische patiënt* (1973), dat was geschreven door medewerkers van psychiatrisch centrum St. Bavo, spraken de auteurs hun bezorgdheid uit over de nadelige situatie van de chronische patiënten. Desondanks ging veel vernieuwingsdrang tijdens de jaren zeventig aan hen voorbij. Alhoewel ook op de afdelingen voor langverblijvers in de loop van de jaren zeventig de uniformen uitgingen en het personeel soms zelfs pogingen deed om ook chronische afdelingen om te vormen tot therapeutische gemeenschappen,<sup>201</sup> lijkt toch de meeste therapeutische energie te zijn gegaan naar psychotherapeutische behandelvormen. De mogelijkheden voor vernieuwingsgezinde hulpverleners om hun wens tot hervorming van de klinische psychiatrie om te zetten in het resocialiseren van patiënten, waren vooralsnog beperkt in ons land.

In Amerika en Engeland werd *community care*, dat wil zeggen het realiseren van psychiatrische hulpverlening buiten de muren van de inrichtingen, door de overheid uitgeroepen tot beleid.<sup>202</sup> De aandacht van vooruitstrevende medewerkers van psychiatrische ziekenhuizen kon zich dus richten op het begeleiden van de terugkeer van patiënten in de maatschappij.<sup>203</sup> In ons land bleef een grootschalige deinstitutionalisering vooralsnog achterwege. In 1977 concludeerde de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid dat er nog weinig was gedaan aan het creëren van tussenvoorzieningen zoals sociowoningen, dagcentra en instellingen voor 'beschermd wonen'.<sup>204</sup> Men achtte het verkleinen van de psychiatrische ziekenhuizen zeker geboden, maar op voorzichtige wijze: ervaringen uit het buitenland, aldus de Hoofdinspectie, hadden geleerd dat het van belang was om eerst alternatieve vormen van opvang te creëren.<sup>205</sup>

Op enkele plaatsen vonden geïsoleerde experimenten plaats die waren gericht op het resocialiseren van patiënten. In een psychiatrisch ziekenhuis in Apeldoorn probeerde een team van maar liefst elf sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen, een psychiater en een psycholoog om mensen in psychische nood een opname te besparen door hen thuis te bezoeken of in dagbehandeling te nemen.<sup>206</sup> Her en der werden eind jaren zeventig pogingen gedaan om vroege vormen van 'be-

schermd wonen' te creëren, net als in psychiatrisch ziekenhuis Brinkgreven, waar men een 'huisjesproject' opzette (zie hoofdstuk 4). In psychiatrisch ziekenhuis Endegeest werden de eenpersoonskamertjes boven de paviljoens, die oorspronkelijk bedoeld waren voor intern wonende verpleegkundigen, omgevormd tot 'resocialisatie-units' waar patiënten konden oefenen in het zelfstandig wonen.<sup>207</sup> De psychiatrische inrichting Wolfheze was voor velen een voorbeeld. Daar waren al begin jaren zestig zogeheten sociowoningen op het inrichtingsterrein gebouwd, eengezinswoningen waar kleine groepjes patiënten semi-zelfstandig konden wonen. Ook bij provinciaal psychiatrisch ziekenhuis Duin en Bosch in Castricum werden in de jaren zeventig sociowoningen gebouwd.<sup>208</sup>

Corrie van Eijk-Osterholt, die in 1972 het boek *Laten ze het maar voelen...* publiceerde over haar tweelingzus die al vijftienvintig jaar opgenomen was (zie hoofdstuk 2), schreef in 1976 over het achterblijven van de chronische patiënten een boos artikel getiteld 'Kinderen van de nacht'.<sup>209</sup> In de film *Kind van de zon* werd volgens Van Eijk-Osterholt een te rooskleurig beeld geboden van de huidige klinische psychiatrie. Het was niet overal zo fijn als op Amstelland. Voor de meeste patiënten was de dagelijkse realiteit nog altijd grimmig.

Het betoeg van mevrouw Van Eijk-Osterholt werd in 1976 ondersteund door de uitkomsten van een promotieonderzoek van psychiater Willem Schudel. Hij onderzocht de situatie in een viertal inrichtingen in het noorden des lands. Hij signaleerde slaapzalen voor vijftien tot drieëntwintig mensen en constateerde dat er soms maar één arts beschikbaar was voor tachtig tot negentig patiënten.<sup>210</sup> Op een afdeling was zelfs geen enkele warme kraan te vinden geweest, en niet meer dan één douche voor zestig mensen. Een vrouw die in 1973 opgenomen was geweest in Endegeest beschreef hoe ze sliep in een zaal 'vol hoge antieke ziekenhuisbedden zo dicht mogelijk naast elkaar.' Direct aan de zaal grensde een kleine ruimte waarin vier wastafels met koud water, een douche en een paar toiletten te vinden waren, die veertig vrouwen met elkaar moesten delen. De toiletten waren oud en aftands. De hoofdzuster had de sleutel van een gezamenlijke klerenkast.<sup>211</sup>

## 5.6 Conclusie

Al was de hierboven geschetste vernieuwingsdrang in de geestelijke gezondheidszorg wijdverbreid en was op veel plaatsen ook in de praktijk veel nieuws mogelijk, toch moet de omvang van de psychotherapeutische vernieuwing dus niet worden overschat. Radicale vernieuwingen, die alle drie de aspecten van de strijd tegen het medische model combineerden, beperkten zich vaak tot een of soms meerdere afdelingen van een ziekenhuis. Tekenend voor de contrasten die in de jaren zeventig konden bestaan in de klinische psychiatrie is een anekdote over psychiatrisch ziekenhuis Groot Bronswijk in Wagenborgen, waar tijdens de jaren zeventig aan de ene kant van het terrein de separeercellen waren verbouwd tot 'baarmoederkamertjes' voor regressietherapie, terwijl op 'ouderwetse' afdelingen

enkele meters verderop mensen nog voor straf de isoleercel in werden gestuurd.<sup>212</sup>

Het beeld dat in de jaren zeventig regelmatig naar voren kwam in de media en in publicaties van de tegenbeweging, van een psychiatrie waar niet of nauwelijks iets veranderde en waar weinig meer gebeurde dan het drogeren van patiënten, was evenwel zeker niet terecht. Ook in de klinische psychiatrie zelf klonk een pleidooi voor een intensievere psychiatrische hulpverlening, die door middel van praten op zoek zou gaan naar de zin in de waanzin. Naast deze behandelinhoudelijke kant van het protest tegen het medisch model duidde de term medisch model ook op de hiërarchische verhoudingen op de werkvoer en op de bevoogdende leefregels voor het dagelijks bestaan.

De vooruitstrevendste afdelingen tijdens de jaren zeventig, zoals Conolly, Amstelland, Zuideroord of de Larijshof, combineerden de drie idealen die schuilgingen achter het protest tegen het medisch model: vrijheid, gelijkheid en openheid. Alhoewel kritische psychiaters breed werden gelezen en de ideeën van kritische hulpverleners veel overeenkomsten vertoonden met die van auteurs als Laing, Cooper en Foudraïne, pasten kritische hulpverleners de term 'antipsychiatrie' (die door Trimbos al wel gebruikt werd begin jaren zeventig) zelden toe op hun vernieuwingsstreven. Het ging hen dan ook niet om afschaffing van de klinische psychiatrie, zoals de aanduiding 'anti' suggereert, maar om een hervorming ervan. De term 'medisch model' was wel in zwang als aanduiding voor hoe men het in ieder geval níet wilde.

In de strijd tegen het medisch model ging het niet simpelweg om een machts-greep van psychologen of andere sociale wetenschappers. Ook verpleegkundigen speelden een belangrijke rol in de heersende vernieuwingsdrang, gesteund door psychologen én psychiaters. Evenmin was er in de hervormingsbeweging alleen maar sprake van een generatieconflict tussen jongeren en ouderen. Generatieconflicten speelden zeker een rol; kritische leerling-verpleegkundigen stonden vaak tegenover oudere hoofdverpleegkundigen. Mensen uit de zogeheten Stille Generatie (geboren tussen 1929 en 1940) waren evenwel belangrijke initiatiefnemers tot veranderingen, zoals Riet Muller en Jan Prins op Conolly en elders mensen als Bierenbroodspot, Van de Lande, Baar, Van den Hout, en Carel Muller op Denendal. Op de aansturende rol van de Stille Generatie in vernieuwingsbewegingen van de jaren zestig en zeventig is overigens al eerder gewezen.<sup>213</sup>

Leden van de Vooroorlogse Generatie (geboren tussen 1910 en 1929) speelden bovendien geregeld een faciliterende en soms stimulerende rol: de hoogleraar Kuiper bijvoorbeeld en diverse directeuren van psychiatrische ziekenhuizen, zoals Stein, die experimentele afdelingen een kans gaven. Toonzettende progressieve TG's, zoals Amstelland en Zuideroord, werden gesteund en soms zelfs opgericht door de directies van psychiatrische ziekenhuizen.

In de protestbewegingen van de jaren zestig was de vermeende ideologische kloof tussen elite en jongeren in de Nederlandse praktijk 'niet dieper dan een greppel', betoogde historicus James Kennedy in *Nieuw Babylon in aanbouw. Nederland in de jaren zestig*.<sup>214</sup> Ook in de hervormingsbeweging in de intramurale

psychiatrie van de jaren zeventig waren er veel overeenkomsten tussen de wensen van bijvoorbeeld inrichtingsdirecteuren als Stein en de hervormingsdrang van jongere hulpverleners. Beide groepen wilden de psychotherapeutische activiteit van de klinisch-psychiatrische hulpverlening vergroten en intensiveren en het multidisciplinaire teamwork stimuleren. Wel waren er verschillen in radicaliteit tussen de 'elite' en de 'werkvloer'. Stein had bijvoorbeeld ook aandacht voor de biologische psychiatrie; het felle protest tegen psychofarmaca ontbrak bij hem en andere inrichtingsdirecteuren, evenals de wens om het medische model in de behandeling geheel te vervangen door een sociaal behandelmodel. Het ideologische antideskundigheidsdenken was leden van de psychiatrische elite ook vreemd; ondanks de brede wens tot een multidisciplinaire aanpak waren niet alle leden van de psychiatrische elite ook voorstanders van democratische gezagsverhoudingen op de werkvloer. Conflicten ontstonden vaak daar waar de opvangfunctie van de klinische psychiatrie aangetast dreigde te raken. Ondanks de 'oorlog' die op veel werkvloeren heerste en ondanks de brede steun voor de strijd tegen het medisch model, bleven psychiatrische ziekenhuizen in de praktijk functioneren als asiel voor mensen in psychische nood; een asiel bovendien waarvan de muren nog recht overeind stonden, in die zin, dat van 'vermaatschappelijking' voorsnog nauwelijks sprake was.

Ondanks de brede steun die de aanval op het medisch model dus genoot, pakte de gang van zaken op sommige vernieuwingsgezinde afdelingen wellicht radicaler en vrijzinniger uit dan inrichtingsdirecteuren konden voorzien, doordat de vaak jonge bewoners van deze afdelingen, net als psychiaters als Van de Lande en Van Ree, waren aangestoken door de ideologische bevoegenheid en het protest tegen 'burgerlijke' fastoensnormen uit de jaren zestig. 'Burgerlijk' was ook in de jaren zeventig weliswaar nog een scheldwoord, maar ondertussen probeerden veel hulpverleners via hun werk alternatieve idealen van burgerschap te realiseren. Het streven naar 'verandering' stond niet alleen op Conolly centraal. Ook op veel plaatsen elders in de intramurale psychiatrie heerste een idealistische genezingsdrang en probeerden behandelaars om het gedrag en de persoonlijkheid van mensen ingrijpend te beïnvloeden. Zowel cliënten als hun ouders moesten 'veranderen' in mensen die opener waren over hun gevoelens, die zelf besloten wat ze wilden met hun leven en relaties, en die anderen niet tot slachtoffer maakten van hun eigen problemen die ze niet onder ogen durfden te zien. De nieuwe burger was een open en eerlijk, solidair en tolerant, maar vooral zelfstandig en verantwoordelijk mens. De ideeën van kritische psychiaters waren belangrijke bouwstenen van deze op 'losmaking', zelfontplooiing en verzelfstandiging gerichte genezingsdrang, samen met het gedachtegoed van gezinstherapeuten en humanistische psychologen. Opmerkelijk is dat de kritische psychiatrie, die zich juist keerde tegen het verborgen moralisme van psychiaters die onaangepaste mensen zouden opsluiten, zelf dus onderdeel was van een moreel zwaarbeladen fase in de klinische psychiatrie.

