



## 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.

## Conclusies

Wouter de Haan, een man van midden veertig met de diagnose schizofrenie, woonde rond het jaar 2000 in psychiatrisch centrum Welterhof te Heerlen.<sup>1</sup> Daar werd hij eind jaren zeventig voor het eerst opgenomen na een *bad trip* op LSD. Hij kwam terecht in de therapeutische gemeenschap die psychiater Van den Hout daar probeerde van de grond te krijgen (zie hoofdstuk 5). De Haan koestert warme herinneringen aan die 'hippietijd', zoals hij het noemt. 'Van den Hout nam ons vaak mee uit wandelen als het mooi weer was', herinnert hij zich. 'Dan hielden we therapie in het bos. Het contact met het behandelteam was ook goed. Je kwam zelfs weleens bij ze over de vloer, mensen hadden echt belangstelling voor je.' Rond het jaar 2000 vond De Haan het minder prettig in de klinische psychiatrie. 'Het personeel is passiever', betoogde hij. 'Iedereen zit weer opgesloten in zijn eigen "ikje". Vroeger was de sfeer zowel onder patiënten als personeel zo van: we komen er nog wel uit. Nu denken ze: we komen er nooit meer uit.'

De geschiedenis van de kritische psychiatrie in ons land is vooral een verhaal van vervlogen hoop. De ongelukkige term 'antipsychiatrie' is blijven hangen als aanduiding voor een periode waarin velerlei soorten van kritiek te horen waren. Dat protest had ten dele inderdaad een hoog 'antigehalte'. De aanval op het 'medisch model' was gericht tegen autoritaire en bevoogdende gezagsverhoudingen in de intramurale psychiatrie, tegen psychofarmaca en elektroshocks en tegen de psychiatrische ziekenhuizen als zodanig. Onder dit protest school evenwel, op Conolly maar ook op veel plaatsen elders in de intramurale psychiatrie, een optimistische genezingsdrang. Critici, onder wie ook veel hulpverleners in de klinische psychiatrie, vonden in navolging van onder anderen Laing, Cooper en Foudraine dat er nu eindelijk eens moest worden begonnen met het behandelen van geesteszieken, in plaats van hen af te schepen met een handjevol pillen, een bemoeiend schouderklopje en een onverschillige bejegening.

Na 1945 voerde de Beweging voor Geestelijke Volksgezondheid een pleidooi voor het voorkómen van psychiatrische opnames en het gezonder maken van de samenleving, die het ontstaan van 'neurosen' in de hand zou werken. Dit thera-

peutisch optimisme, dat door de sociaal psychiater Querido is getypeerd als een 'heilsbehoefte in de psychiatrie', leidde aanvankelijk tot de oprichting van instellingen voor 'ambulante' psychiatrische hulpverlening, zoals Bureau's voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden en Instituten voor Medische Psychotherapie. Daar kwamen vooral de psychische stoornissen van gezonde mensen aan bod, zoals psychiater H.C. Rümke het uitdrukte. Begin jaren zeventig bereikte de 'heilsbehoefte' in de Nederlandse klinische psychiatrie een piek, toen kritische psychiaters en sommige radicale gezinstherapeuten ook de psychosen en zware stemmingsstoornissen tot sociaal bepaald verklaarden en psychotherapeutische behandelvormen op grote schaal begonnen door te dringen tot vele werkvloeren van psychiatrische ziekenhuizen.

Het door kritische psychiaters, psychologen en verpleegkundigen bepleite 'sociale model' was feitelijk een pleidooi voor een psychotherapeutische revolutie in de klinische psychiatrie. De psychische problemen van het individu zouden in hun sociale context moeten worden geplaatst, om te achterhalen waardoor iemand was vastgelopen. Er moest worden gezocht naar de zin in de waanzin en dat kon door middel van praten. Op afdelingen als Conolly, Junianus of de psychiatrische afdeling van ziekenhuis Overvecht, waar het ideaal van een kortdurende crisisinterventie voorop stond, praatte men het liefst met de ouders of partners van 'cliënten' of 'bewoners' erbij. In therapeutische gemeenschappen als Amsteland stonden behandelaars een benadering voor die is getypeerd als een therapeutische gijzeling: een tijdelijke stopzetting van het contact tussen bewoners en hun ouders werd heilzaam geacht.

De denkbeelden van Laing, Cooper, Foudraïne en andere kritische psychiaters zijn achteraf vaak verketterd als onwetenschappelijk. Inderdaad ontbrak bij deze auteurs het systematische onderzoek naar de effecten van hun aanpak. Kritische psychiaters verifieerden de waarheid van hun theorieën over ziekmakende gezinnen evenmin door na te gaan of mensen in 'gezonde' gezinnen wellicht net zo 'pathogeen' communiceerden als in gezinnen waarin één gezinslid 'gek' werd. Destijds had het gedachtegoed van de kritische psychiatrie echter een respectabel en wetenschappelijk verantwoord imago. Laing en Esterson hadden voor hun boek *Gezin en waanzin* zeer uitgebreid onderzoek gedaan naar de communicatieprocessen in gezinnen van vrouwen met de diagnose schizofrenie. Foudraïne besprak in zijn boek *Wie is van hout...* een grote hoeveelheid psychiatrische literatuur.

Hun protest tegen het medische behandelmodel in de klinische psychiatrie werd bovendien gesteund door de Nederlandse overheid (die Laing naar ons land haalde om lezingen te geven en die subsidies gaf voor de films *Toestanden* en *Kind van de zon*) alsook door leden van de psychiatrische elite. Diverse geneesheer-directeuren gaven ruim baan aan experimentele afdelingen, net als Stein dat op Brinkgreven deed aan Conolly. Ze wilden hun instellingen graag weer op de kaart zetten als dynamische en veelzijdige behandelcentra. Hoogleraren psychiatrie als Trimbos en Kuiper ventileerden denkbeelden die op belangrijke punten overeen kwamen met die van kritische psychiaters, bijvoorbeeld wat betreft een interper-

soonlijke visie op schizofrenie. De notie van de zin in de waanzin was wijdverbreid onder gezinstherapeuten die werkten volgens het systeemdenken en sloot ook goed aan bij de indertijd populaire humanistische psychologie, die gericht was op persoonlijke groei.

#### ZIN IN DE WAANZIN OP DE WERKVLOER

Op de werkvloeren van de intramurale psychiatrie leidde het kritisch-psychiatrische gedachtegoed zeker niet overal tot het empathisch 'doodknuffelen' van cliënten, zoals men zich voor zou kunnen stellen bij het in de praktijk brengen van de notie van de zin in de waanzin. Cliënten werden juist teruggeworpen op hun eigen verantwoordelijkheid, geheel volgens de principes van de therapeutische gemeenschap zoals die door Bierenbroodspot waren beschreven. Systeemtherapeuten legden een sterke nadruk op het ideaal van een 'verandering' in het gedrag en de persoonlijkheid van cliënten. Hun 'weerstand' tegen verandering moest worden doorbroken. De ouders of partners van cliënten moesten mee veranderen: ze moesten leren praten over hun emoties of onder ogen zien dat hun manier van doen de emotionele groei van hun kinderen blokkeerde.

Dit heropvoedingsprogramma dat soms schuilging achter de aanval op het medisch model in de psychiatrische ziekenhuizen, onderscheidde de vernieuwingsdrang in de volwassenenpsychiatrie nadrukkelijk van de hervormingsbeweging die indertijd gaande was binnen de zwakzinnigenzorg, bijvoorbeeld in Dendendal. Niemand koesterde de hoop of wens om zwakzinnigen te genezen. Zij werden immers al verstandelijk gehandicapt geboren. Ze konden wel meer kansen krijgen om zich spontaan te gedragen en ze konden ook meer geïntegreerd worden in de maatschappij. Mensen met psychiatrische problemen daarentegen konden misschien wél genezen, of 'veranderen', zoals het toverwoord luidde op Conolly en elders. Aangezien psychiatrische problemen meestal níet reeds vanaf de geboorte zichtbaar zijn, lag het in het geval van mensen die daaraan leden voor de hand om de oorzaak ervan te zoeken in sociale omstandigheden of de persoonlijke levensgeschiedenis. Psychische problemen openbaren zich bovendien vaak rond de adolescentie, een levensfase waarin het uit huis gaan en het losmakingsproces van ouders een belangrijke rol spelen. Dat hulpverleners de verklaring voor psychische stoornissen in deze richting zochten, is dus niet geheel onlogisch.

Ondanks het pleidooi van kritische psychiaters en hun aanhangers dat iedereen geaccepteerd zou moeten worden zoals hij was, hoopten veel hervormingsgezinde hulpverleners in de volwassenenpsychiatrie toch dat hun cliënten anders in het leven zouden gaan staan: opener over hun emoties, zich bewuster van hun diepere gevoelens en wensen, en beter in staat om hun bestaan in te richten naar eigen wens en inzicht. Het ideaalbeeld was dat van een eerlijk en open, tolerant en sociaal betrokken, zelfstandig en verantwoordelijk mens. Paradoxaal genoeg leidde de kritische psychiatrie, die zich juist richtte tegen het impliciete moralisme van psychiaters, zélf dus op sommige plaatsen tot een type hulpverlening met

een hoog moralistisch gehalte. Richtinggevend waren het streven naar meer individuele gedragsvrijheid en autonomie, gelijkheid tussen mensen en emotionele openheid in de samenleving. Deze idealen speelden een belangrijke rol in de bredere culturele vernieuwingsdrang van de jaren zestig en zeventig, alsook in de wens tot hervorming van de klinisch-psychiatrische praktijk. Diverse psychiaters en psychologen, maar vooral psychiatrisch verpleegkundigen fungeerden als schakels tussen de hervormingsdrang in de samenleving als geheel en die in de intramurale psychiatrie.

Verskillende vooruitstrevende afdelingen van psychiatrische ziekenhuizen ontwikkelden zich zodoende, net als Conolly, tot 'proefmaatschappijtjes' waar de bewoners werden opgevoed volgens moderne idealen van burgerschap. Hier lag een belangrijke continuïteit met voorgaande periodes in de geschiedenis van de psychiatrie. Vanaf de jaren twintig, toen Van der Scheer de actievare therapie introduceerde, veranderden psychiatrische inrichtingen in mini-maatschappijtjes waar patiënten werden onderworpen aan een reëducatie. Inmiddels waren de burgerschapsidealën wel heel anders geworden dan in de tijd van Van der Scheer. Niet aanpassing, maar juist autonomie en zelfontplooiing stonden tijdens de jaren zeventig voorop. Niet zelfbeheersing en discipline, maar permissiviteit en het uitdrukken van emoties werden leidende beginselen. Ook het psychotherapeutisch gehalte van het behandelklimaat uit de jaren zeventig was nieuw. Van der Scheer was geen voorstander van praten over gevoelens, wanen of hallucinaties. Volgens hem was het alleen 'de allergrootsten, kunstenaars en geleerden' gegeven om in hun geestesleven te duiken, maar moesten patiënten juist uit de greep van hun overspannen geest gered worden door middel van afleiding. Tijdens de arbeidstherapie mocht van Van der Scheer niet worden gepraat.<sup>2</sup>

Tijdens een groepsgesprek met enkele hulpverleners die werken in het huidige psychiatrisch ziekenhuis Brinkgreven (onderdeel van de Stichting Adhesie), constateerde men dat de vernieuwingsdrang die heerste op Conolly en elders in veel opzichten het laatste staartje was van een tijdperk in de geschiedenis van de klinische psychiatrie.<sup>3</sup> De hervormingsdrang van de jaren zeventig valt volgens hen te beschouwen als het sluitstuk van een periode waarin de psychiatrische inrichting een geïsoleerde maatschappij op microformaat was, met personeelsleden die sterk op hun werk en het inrichtingsbestaan betrokken waren vanwege de lange werkweken en het wonen op of nabij het inrichtingsterrein. In deze periode van de inrichting als minimaatschappij was er ook traditioneel veel ruimte voor individuele behandelaars om een sterk stempel te drukken op het behandelklimaat op hun paviljoen. Analooq hieraan wisten tijdens de jaren zeventig, ondanks de toen heersende gelijkheidsideologie, toonaangevende figuren als Muller op Conolly, Van Ree op Zuideroord, Van de Lande op Amstelland of Van den Hout in Limburg een krachtig stempel te drukken op het behandelklimaat op 'hun' afdeling. Tegenwoordig zijn de persoonlijkheid en subjectieve interesse van behandelaars nog steeds belangrijk, maar is de psychiatrische hulpverlening gestructureerd volgens behandelprotocollen die voor iedere behandelaar gelden. Verpleegkundigen

wonen niet meer 'intern' en werken vaak in deeltijd. Bovendien worden veel sociaal-psychiatrische activiteiten ontplooid buiten het ziekenhuisterrein.

#### POLARISATIE

In de tweede fase van de kritische psychiatrie was sprake van een toenemende polarisatie. Ook op Conolly barstte in 1978 een conflict uit tussen verpleegkundigen. Sommigen vonden dat ze, ondanks de psychotherapeutische koers, nog steeds geen eigen beroepsidentiteit hadden gekregen. In plaats van de verlengde arm van de pillendokter was men nu de verlengde arm van de psycholoog of psychotherapeutisch georiënteerde psychiater geworden. Andere verpleegkundigen waren teleurgesteld geraakt in de therapeutische resultaten van de nieuwe aanpak op hun afdeling. Ze vonden dat er van bewoners vaak te veel gevraagd werd en betoogden bovendien dat ouders van bewoners en ook de bewoners zelf onheus werden bejegend. Tot slot liep men op Conolly aan tegen een andere grens van de psychotherapeutische genezingsdrang: het feit dat deze de aselechte opvangfunctie van de intramurale psychiatrie in gevaar bracht doordat men selectiever ging opnemen, hetgeen stuitte op verzet van verwijzers, familieleden, en sommige hulpverleners en directies in psychiatrische ziekenhuizen.

Deze elementen speelden ook elders in de klinische psychiatrie een rol in het tanen van het therapeutisch optimisme dat vooral begin jaren zeventig dominant was. Tijdens de tweede fase van de kritische psychiatrie in ons land, ongeveer tussen 1975 en 1985, was de rage rond de kritische psychiatrie op een hoogtepunt. Allerlei ludieke en minder ludieke acties werden gevoerd tegen de biologische psychiatrie en psychiatrische ziekenhuizen. De film *One flew over the cuckoo's nest* zorgde voor een verdere popularisering van het idee dat psychiaters de 'beulsknechten' waren van de conformistische samenleving. Maar terwijl het gedachtegoed van de kritische psychiatrie kinderen en jongeren met de paplepel werd ingegoten via boeken als *Otje* en films als *Kind van de zon*, ondervond de aanval op het medisch model in de klinische psychiatrie ondertussen intern steeds meer problemen. Ook op andere afdelingen dan Conolly ontstonden problemen zodra als gevolg van een aanpak volgens het 'sociale model' de opvangfunctie van de psychiatrische ziekenhuizen in het geding kwam. En ook buiten Conolly raakten sommige hulpverleners na verloop van tijd ontmoedigd over de in hun ogen tegenvallende resultaten van de alternatieve aanpak.

Inmiddels sprongen psychiaters als Stolk in het openbaar op de bres voor het traditionele invaliditeitsmodel van geestesziekten. De 'anti-antipsychiatrie' kwam op gang, zoals de tegenaanval van biologisch georiënteerde psychiaters in de media werd omschreven. 'Anti-antipsychiaters' beschouwden psychiatrische stoornissen als gevolgen van een genetisch bepaalde, neurobiologische individuele kwetsbaarheid. Ze werden niet veroorzaakt door maar hooguit gekleurd of versterkt door sociale omstandigheden en levenservaringen, en belemmerden mensen vaak ernstig in hun mogelijkheden. Het systeemdenken van kritische psy-

chiaters en aanverwante therapeuten daarentegen zag het gestoorde gedrag of gevoel van geesteszieken juist als een poging van het individu om zijn ware, autonome zelf te hervinden. Riet Muller van Conolly noemde zogenaamde patiënten zelfs dapper: ze gaven een signaal af over vastgelopen, emotioneel schadelijke situaties in gezin, huwelijk of zelfs de westerse maatschappij.

Vanaf het midden van de jaren zeventig zette langzaam een omslag in. Psychiaters die geloofden in het invaliditeitsmodel van psychische stoornissen zagen zich steeds meer gesteund door de internationale emancipatie van de biologische psychiatrie als onderzoeksterrein en door de praktijksuccessen van lithium en de anti-psychotische depotmedicatie. Ook ouders van mensen met psychische problemen kwamen in het geweer: ze protesteerden ertegen dat ze vaak de schuld voor de ziekte van hun kind in de schoenen kregen geschoven. De invloed van deze boze ouders (vooral moeders) was niet gering: ze ontnamen de kritische hulpverleners, die begin jaren zeventig te boek stonden als zeer humaan, het morele overwicht in de discussies rond de gewenste aanpak in de intramurale psychiatrie. Ook hun aanpak bleek immers emotionele slachtoffers op te leveren. De psychiatrische tegenbeweging was ondertussen eind jaren zeventig in een identiteitscrisis beland, die draaide om de vraag wat men eigenlijk als alternatief te bieden had. Sommigen wilden de psychiatrische hulpverlening in 1978 nog steeds graag humaniseren, anderen gingen pleitten voor afschaffing ervan.

Dit alles leidde tot polarisatie van het debat over de aard van geestesziekte en de toekomst van de psychiatrie. Eerst verengde dit debat zich na 1975 tot een discussie over 'pillen' versus 'praten'. Rond 1980 werd de radicale variant van kritiek op de psychiatrie, die betoogde dat geen enkele vorm van psychiatrische hulpverlening 'goed' was, dominantier dan voorheen. Alleen 'vrijheid' zou, volgens sommige radicale critici, werkelijk therapeutisch zijn – een standpunt dat leidde tot de oprichting van Wegloophuizen en dat bijdroeg aan de drastische en tumultueus verlopende afbraak van psychiatrisch ziekenhuis Santpoort. Thema's die begin jaren zeventig nog centraal stonden in de kritiek op de klinische psychiatrie, zoals het leveren van maatschappijkritiek, het pleidooi voor 'praten' als aangewezen behandeling voor 'vastgelopen' mensen en de vraag naar de grens tussen 'gek' en 'normaal', raakten in deze polarisatie steeds meer op de achtergrond.