



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.

Epiloog

De erfenis van de kritische psychiatrie

'Het is een zegen dat die tijd voorbij is.' Aldus keek psychiater Ten Doesschate, directeur behandelen van de Stichting Adhesie (waarvan voormalig psychiatrisch ziekenhuis Brinkgreven tegenwoordig onderdeel is), anno 2003 terug op de jaren zeventig in de intramurale psychiatrie.¹ Tijdens een groeps gesprek met enkele hulpverleners uit het huidige Brinkgreven laakte Ten Doesschate de destijds gangbare 'victimisatie' van families en de onheuse bejegening van cliënten. Die werden geacht gemotiveerd te zijn voor hun behandeling en konden soms niet opgenomen worden als hun gezin niet mee wilde komen. Sinds het begin van de jaren negentig domineerde niet alleen bij Ten Doesschate, maar in de gehele Nederlandse klinische psychiatrie een zwart beeld van het tijdperk van de 'antipsychiatrie'.

De negatieve beeldvorming over de jaren zeventig verliep parallel met de groeiende nadruk op de rol van de psychiater als medicus, het belang van psychiatrische diagnostiek en de opkomst van een groot neurobiologisch optimisme in de klinische psychiatrie. Het protest uit de jaren zeventig tegen de visie op geestesziekte als een erfelijk bepaalde, neurobiologische stoornis in het individu veroorzaakte, ondanks de brede steun die dit protest destijds genoot, geen revolutie in de klinische psychiatrie. De 'anti-antipsychiatrie' kwam uiteindelijk als winnaar uit de strijd wat betreft de visie op en behandeling van psychotische en ernstige stemmingsstoornissen. Op de website van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) stond begin eenentwintigste eeuw te lezen dat schizofrenie een ongeneeslijke ziekte van de hersenen was.² In de klinische psychiatrie van de jaren negentig lag de nadruk niet langer op het genezen van in hun leven of relaties 'vastgelopen' mensen, maar op de revalidatie en resocialisatie van psychische zieke mensen, die moesten leren leven met hun psychische stoornis.

Paradoxaal genoeg bleek deze terugkeer naar het traditionele invaliditeitsmodel van psychiatrische ziekten goed samen te gaan met de realisatie van twee andere dominante idealen die kritische hulpverleners en de psychiatrische tegenbeweging er op na hielden: het tegengaan van de langdurige hospitalisatie van pa-

tiënten in psychiatrische ziekenhuizen én de emancipatie van cliënten. In de woorden van verpleegkundige Stevenz, anno 2003 werkzaam op een opnameafdeling van Brinkgreven: 'Het gezin rondom cliënten – als ze dat al hebben – is voor ons heel belangrijk. Je bent blij wanneer je gezinsleden bij de zorg voor een cliënt kan betrekken. Als cliënten na een opname weer zelfstandig gaan wonen, in hun eigen huis of in een instelling voor beschermd wonen, dan kijk je als verpleegkundige meteen: wat kan hun systeem voor deze mensen doen?'³ Een goede verstandhouding met ouders of echtgenoten van cliënten was dus van belang voor de vermaatschappelijking van de psychiatrie, in de betekenis van het voorkomen van langdurige psychiatrische opnames en het integreren van chronisch psychiatrische patiënten in de maatschappij.

Ook de emancipatie van cliënten van de klinische psychiatrie kwam pas tijdens de jaren tachtig en negentig goed op gang. Veel nieuwe cliëntenorganisaties groepeerden zich rondom psychiatrische diagnoses die door de kritische psychiatrie uit de jaren zeventig als stigmatiserende etiketten werden gezien. Zo ontstonden de Nederlandse Vereniging voor Manisch-Depressieven en de stichting Anoiksis voor 'patiënten die een of meerdere psychosen hebben gehad of die schizoaffectief zijn of schizofreen volgens hun hulpverleners'. De leden van beide toonaangevende organisaties stelden zich, in de woorden van Anoiksis, 'positief-kritisch op ten aanzien van de psychiatrie'. Het slikken van medicijnen zag men als een noodzakelijk kwaad, want anders lag 'een volgende psychose al weer op de loer, dus we moeten wel'.⁴ De visie op de psychose als mogelijke doorbraak voor mensen wat betreft hun zelfinzicht, relaties met anderen en hun persoonlijke groei, was rond 2000 sterk gemarginaliseerd geraakt in de klinische psychiatrie. In deze epiloog komen de bovenstaande ontwikkelingen zeer globaal verder aan bod.

'PRECISIEBOMBARDEMENTEN': NEUROBIOLOGISCH OPTIMISME TIJDENS DE JAREN NEGENTIG

In 1990 kondigde het Amerikaanse congres een *Decade of the brain* af. Doel was het wetenschappelijk onderzoek te stimuleren naar onder andere de neurologische aspecten van geestesziekte. In 1992 volgde ook Nederland. In het kader van het 'hersendecennium' werd hier het 'Nationaal Comité Hersenwerk 2002' opgericht. Nieuwe ontwikkelingen in het neurologische onderzoek hadden dan ook baanbrekende resultaten opgeleverd, betoogde bijvoorbeeld de toonaangevende Amerikaanse psychiater en voorzitter van de American Psychiatric Association Nancy Andreasen, die eind jaren negentig lezingen gaf in ons land. In haar boek *Brave new brain* uit 2001 zette ze deze resultaten op een rij.

Lange tijd konden de hersenen van mensen met psychische problemen alleen na hun dood uitgebreid worden bestudeerd. Door moderne technieken is het sinds het begin van de jaren tachtig ook mogelijk om het functioneren van de hersenen te analyseren terwijl mensen nog leven. Zo konden onderzoekers hun

proefpersonen allerlei taken laten verrichten en ondertussen kijken welke hersendelen bij welk soort taak vooral actief waren. Ook kon worden vergeleken waarin de hersenen van gezonde mensen verschilden van die van mensen met psychische problemen. Dergelijk onderzoek had volgens haar aangetoond dat de thalamus, een centraal gelegen deel van de hersenen dat de binnenkomende informatie filtert en rangschikt, bij mensen met schizofrenie kleiner was dan bij anderen.⁵

Verder had een grootschalig, wereldwijd onderzoek volgens Andreasen aangetoond dat onder mensen met schizofrenie die voor het eerst een psychose hadden overal ter wereld zeer vergelijkbare hersenafwijkingen bestonden – afwijkingen die dus niet te verklaren waren vanuit langdurig medicijngebruik of de chroniciteit van psychische problematiek.⁶ ‘In de komende decennia’, besloot Andreasen, ‘kunnen we verwachten de afwijkingen in de geografie en topografie van de hersenen [...] te identificeren. Zodra dit volbracht is, zullen we weten waar de vijand zit. De technieken van de moleculaire biologie zullen ons de capaciteit geven om tot precisiebombardementen over te gaan, terwijl onze kaarten van het terrein van de hersenen ons de doelen zullen verschaffen waarop we ons moeten richten.’

Alhoewel er ook kritiek was op de stelligheid en het optimisme dergelijke onderzoeksresultaten voor het voetlicht werden gebracht, leidde de ontwikkeling van het neurobiologisch onderzoek ook bij sommige Nederlandse psychiaters tot groot optimisme. Het neurobiologisch perspectief won vooral tijdens de jaren negentig terrein. Zo was in 1990 een sectie voor biologische psychiatrie opgericht binnen de NVVP en nam het aantal leerstoelen en onderzoeksprogramma's op dit terrein aan diverse universiteiten toe. Het streven naar 'verwetenschappelijking' van de klinische psychiatrie was tijdens de jaren negentig dominant, ook in de intramurale psychiatrie. In Brinkgreven en elders ontstond een geprononceerde onderzoekscultuur.⁷ Deze verwetenschappelijking en het neurobiologisch optimisme dienden ook ten dele om het zelfvertrouwen en de medische identiteit van de psychiater op te vijzelen. Zo stond in de inleiding van het programma van het dertigste voorjaarscongres van de NVVP in 2002 te lezen: 'In wetenschappelijke zin is de psychiatrie als één van de kernvakken binnen de medische opleiding bezig met een inhaalrace: van achterstandsgebied is het geleidelijk aan het veranderen in één van de grote en invloedrijke deelgebieden van de geneeskunde.'⁸

Tekenend voor het kenterende therapeutisch klimaat in de klinische psychiatrie was ook de benoeming in 2002 van psychiater René Kahn tot voorzitter van de NVVP. 'Gezinnen die schizofrene kinderen kweken, bestaan niet', aldus Kahn in zijn handboek *Gids pillen en psychiatrie* uit 1997.⁹ Hiermee bezegelde hij de overwinning op het therapeutisch klimaat uit de jaren zeventig, toen natuurwetenschappelijk onderzoek en psychofarmaca volgens hem taboe waren en geestesziekten het gevolg van een 'verkeerde opvoeding' of 'karakterzwakte'.¹⁰ Ook in de *Profielschets psychiater* (1996) van de NVVP zetten de auteurs zich, zij het impliciet, gedecideerd af tegen de kritiek uit de jaren zeventig. Het rapport betoogde dat psychiaters geestesziekten dienden te beschouwen als aandoeningen die mensen

beroven van hun autonomie. Geestesziekten, aldus het rapport, verhinderen mensen om zinvolle contacten te leggen met de buitenwereld en om invloed uit te oefenen op die buitenwereld. Ze belemmeren de zelfontplooiing en brengen de zieke op den duur in een toestand van verstarring en stagnatie.¹¹ De auteurs wilden het ziektebegrip duidelijk beperkt zien tot individuen en benadrukten 'het lijden van de psychisch zieke.'¹² Het grensgebied tussen ziek en normaal achtten men 'princiepelijk vaag', een probleem dat evenwel niet oplosbaar was door 'het doen van dogmatische uitspraken.'¹³

Deze terugkeer naar het invaliditeitsmodel vormde de kern van de wending die de psychiatrie sinds het midden van de jaren tachtig nam. Zoals bleek uit de voorgaande hoofdstukken werden psychische problemen in de jaren zeventig door kritische hulpverleners juist beschouwd als een wanhopige poging van mensen om meer 'zichzelf' te worden. Het was dus een uiting van een streven naar individuele autonomie – een weliswaar verwrongen en mogelijk desastreus eindigende, maar tegelijkertijd dappere poging van het beknottede maar inherent vrije individu om zich meer vrijheid te verwerven. De psychische crisis kon, indien iemand goed werd begeleid, een doorbraak betekenen en leiden tot persoonlijke groei. Het invaliditeitsmodel van de jaren negentig daarentegen beschouwde psychiatrische ziekten als een soort zinloze natuurramp.

Het geven van inzichtgevende groepstherapie of relatie- en gezinstherapie aan mensen met psychotische of ernstige stemmingsstoornissen werd tijdens de jaren negentig ondertussen steeds zeldzamer. Ook de therapeutische gemeenschap van Brinkgreven, Esquirol, werd in 1994 opgeheven vanwege een gebrek aan resultaat: de TG zou vooral leiden tot hospitalisatie en chroniciteit.¹⁴ In de jaren tachtig was een uitgebreide poging ondernomen om het effect van klinische psychotherapie in therapeutische gemeenschappen wetenschappelijk te evalueren.¹⁵ De meerderheid van de geïnterviewde ex-cliënten van TG's meldde een toegenomen gevoel van welbevinden, maar het directe effect van klinische psychotherapie hierop bleek moeilijk aan te tonen.¹⁶ Desalniettemin werd psychotherapie een inherent onderdeel van de klinische psychiatrie. Vanaf 1981 werd het onderwijs in psychotherapie officieel een hoofdvak in de opleiding van psychiaters.¹⁷ Wel nam de aandacht voor diepgravende, inzichtgevende vormen van psychotherapie af ten gunste van ondersteunende varianten, die als toevoeging moesten dienen bij een behandeling waarin medicatie de centrale rol speelde.¹⁸

Zo keerden gezinstherapeuten zich af van het systeemdenken uit de jaren zeventig en begin tachtig, toen sommige radicale gezinstherapeuten als Bateson, Laing, Haley en Selvini Palazzoli ook schizofrene stoornissen verklaarden uit ziekmakende communicatiepatronen binnen het gezin. In de jaren negentig presenteerde de systeemtherapie zich veeleer als een aanvullende vorm van behandeling.¹⁹ In de TG's waar ook psychotici behandeld werden, had al in de loop van de jaren tachtig een ommezwaai plaatsgevonden. De 'magische betovering door de eigen behandelcultuur' maakte toentertijd plaats voor 'een oriëntatie op hetgeen de verwijzende samenleving zelf als behandelbehoefte kenbaar maakt', zoals een

hulpverlener het uitdrukte.²⁰ Duidelijk was, in de woorden van een psychiater, 'dat de klassieke formule van de therapeutische gemeenschap ("gooi het maar in de groep!") enkele belangrijke modificaties behoeft.' Die bestonden er onder meer uit dat de traditionele *patient-staff-meetings* werden afgeschaft, vanwege de grootte van de groep en de daarmee samenhangende angsten bij sommige bewoners. Psychotherapie werd een combinatie van groeps- en individuele therapie.²¹ Sommige TG's die in de jaren zeventig toonaangevend waren, verdwenen. Andere veranderden hun aanpak en gingen zich exclusief richten op mensen met psychosociale klachten of persoonlijkheidsstoornissen.

Desondanks waren her en der nog sporen te zien van het idee van de 'zin in de waanzin'. Zo maakte in de jaren negentig de Maastrichtse hoogleraar sociale psychiatrie Marius Romme furor met zijn project 'stemmen horen'.²² Uitgangspunt van het project was dat het niet vruchtbaar is om gehoorshallucinaties tot een zuiver pathologisch verschijnsel te reduceren. Dat zou mensen stigmatiseren en hen tot slachtoffer maken van hun ziekte. Ook zou het ertoe leiden dat behandelaars niet wilden ingaan op de inhoud van de stemmen. Als je mensen wilt helpen, aldus Romme, moet je hun ervaringen juist wél een plaats geven. In 1988 leidde deze visie tot de oprichting van de Stichting Weerklank, een vereniging van stemmenhoorders. Binnen korte tijd telde de stichting duizend leden. Sociaal-psychiater Jack Jenner, hoofd van de polikliniek van het Academisch Ziekenhuis in Groningen, nam de aanpak van Romme over. Naast medicijnen kregen de cliënten op zijn 'stemmenpoli' de opdracht om zorgvuldig bij te houden waar en wanneer ze stemmen hoorde, wat deze precies zeiden, wat de patiënt daar vervolgens mee deed en waarom hij ze serieus nam. Vervolgens kregen mensen een 'coping training' om met hun stemmen om te leren gaan. Volgens Jenner leidde deze aanpak tot een grotere therapietrouw.²³

Naast dergelijke behandelinhoudelijke elementen die indirect zijn overgebleven uit de jaren zeventig, is er op de werkvloer van de klinische psychiatrie veel veranderd sinds de jaren vijftig en zestig – een veranderingsproces waarin het gedachtegoed van de kritische psychiatrie als katalysator heeft gefungeerd. De omgang tussen hulpverleners en cliënten is informeel gebleven, al is het momenteel niet meer gebruikelijk om te 'persoonlijk' te worden met cliënten. Het takenpakket van de verpleegkundigen breidde zich belangrijk uit: het persoonlijk begeleiden van cliënten in hun behandeltraject, het leiden van groepsgesprekken met cliënten, bijvoorbeeld over het omgaan met psychiatrische symptomen en de problemen die ze opleveren in het dagelijks leven. Met name sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen hadden geregeld contact met het gezinssysteem rond cliënten. Zij gingen naast psychiaters en psychologen een belangrijke rol vervullen als leden van multidisciplinaire behandelteams. Een van de uitkomsten van de emancipatiedrang van verpleegkundigen tijdens de jaren zeventig was de professionalisering van deze beroepsgroep, voor wie sinds de jaren zeventig een gespecialiseerde en uitgebreide vervolgopleiding ontstond.²⁴ De psychotherapeutische genezingsdrang onder verpleegkundigen verdween in de loop van de jaren tachtig

en negentig, maar op het gebied van de achterliggende wens tot meer behandelinhoudelijk en persoonlijk contact met de cliënten was dus veel bereikt.²⁵

BEVRIJDINGSBIOLOGIE

Alhoewel zeker niet alle psychiaters kritiekloos meegingen in de hierboven geschetste koerswending, had deze de tijd mee – niet alleen in wetenschappelijk opzicht maar ook wat de publieke opinie betrof. In de media bijvoorbeeld was het leveren van kritiek op biologisch georiënteerde psychiaters niet langer een belangrijk thema, zoals tijdens de jaren zeventig. Alhoewel enerzijds de aandacht voor mensen die leden aan psychiatrische problematiek bleef bestaan, bijvoorbeeld in de vorm van televisiedocumentaires en praatprogramma's, doken anderzijds in kwaliteitskranten geregeld negatieve termen op als 'gestoorde', 'psychoot' of 'gevaarlijke gek'.²⁶ Onderzoek uit 1997 toonde aan dat dertig procent van de artikelen in de geschreven media en de helft van alle televisieuitzendingen over de klinische psychiatrie een negatieve lading hadden, bijvoorbeeld omdat ze agressie of criminaliteit van geesteszieken tot onderwerp hadden. In populaire media, zoals de roddelbladen of de talkshow van Catherine Keijl, kwamen de persoonlijke ervaringsverhalen van cliënten het meest aan bod.²⁷

De overwegende sympathie van journalisten met de kritische psychiatrie behoorde tot het verleden. Symbolisch voor het gekenterde klimaat in de media was een serie televisieuitzendingen die de VARA wijdde aan de stand van zaken in de klinische psychiatrie, getiteld *Opgenomen*. Paul Witteman interviewde diverse psychiaters die het beschuldigen van 'koele moeders' uit de jaren zeventig hekelden, evenals het onwetenschappelijke karakter dat de klinische psychiatrie destijds zou hebben gehad. Uit de inleiding van het gelijknamige boek dat Witteman maakte naar deze televisieserie, bleek dat ook hijzelf op persoonlijke gronden een afkeer had van de genezingsdrang van kritische hulpverleners uit de jaren zeventig.

Witteman vertelde over de lotgevallen van zijn jeugdvriend Dirk Beentjes.²⁸ Die werd begin jaren zeventig wegens een depressie opgenomen in een 'experimenteerpaviljoen' van een psychiatrisch ziekenhuis. Overal hing de beroemde Pandora-affiche met de tekst 'Ooit een normaal mens ontmoet? En..., beviel het?' De tekst wekte in Witteman een 'tomeloze woede'. Immers, vond hij, 'de bewoners van de kliniek [...] zouden blij zijn met een dagdeel in de week waarin ze ergens normaal van konden genieten'.²⁹ Toen Dirk tijdens een kringgesprek liet vallen dat hij zich de scheiding van zijn ouders erg had aangetrokken, vroeg een sociotherapeut of Dirks ouders op gesprek wilden komen. Dirks vader, aldus Witteman, 'weigerde de tocht naar Canossa'. Dirks moeder ging wel. Gezeten op een 'met bruin ribfluweel beklede poef' werd ze door de sociotherapeut geconfronteerd met haar zoon, die op dat moment echter stug bleef zwijgen. Toen de therapeut namens Dirk begon te vertellen dat deze het zo erg vond dat zijn ouders uit elkaar waren, barstte de moeder in tranen uit en holde weg. Het kostte haar

volgens Witteman nog de nodige moeite om 'toestemming te krijgen het gebouw te verlaten en de auto te bereiken.'

Was de kritische psychiatrie de mediarage van de jaren zeventig, begin jaren negentig groeide zodoende niet alleen een meer kritische beeldvorming over deze voorgaande periode, maar ontstond ook een hype in de kranten en weekbladen rond 'cosmetische psychofarmacologie': het medicamenteus sleutelen aan de eigen persoonlijkheid. Achtergrond hiervan was het stijgende gebruik van moderne antidepressiva als Prozac, Seroxat en Zolof. Ze kwamen eind jaren tachtig op de markt en werden eind jaren negentig in Nederland zeer veel gebruikt.³⁰ De term cosmetische psychofarmacologie was afkomstig van de Amerikaanse psychiater Peter Kramer. In zijn spraakmakende *Prozac, of hoe een geneesmiddel je persoonlijkheid kan verbeteren* (1994) betoogde Kramer dat zijn cliënten meer 'zichzelf' werden door het slikken van Prozac. Ze werden creatiever, sociaal vaardiger en stonden opener voor contacten met andere mensen.³¹ In ons land betoonde columnist Emma Brunt van *Het Parool* zich enthousiast over de effecten van Prozac. Alle inzichten die ze had opgedaan in jaren van psychotherapie kon ze nu eindelijk in daden omzetten, schreef ze in haar boek *De breinstorm* (1994).³² Psychiater Kahn betoogde dat Nederlanders afstand moesten nemen van hun 'biologisch calvinisme'. Nederlanders tilden volgens Kahn te zwaar aan het slikken van medicijnen als ze psychische problemen hadden, net als aan het gebruik van pijnbestrijding tijdens een bevalling. 'Je laat mensen toch niet onnodig lijden?', aldus Kahn.³³

De enthousiaste ontvangst van de nieuwe antidepressiva en het concept van de cosmetische psychofarmacologie brachten een belangrijke imagoverbetering met zich mee voor de biologische psychiatrie. Leek psychotherapie tijdens de jaren zeventig de aangewezen route naar het vergroten van de individuele vrijheid en de emotionele openheid tussen mensen, terwijl 'pillen' te boek stonden als vijanden hiervan, nu leken pillen juist de weg te kunnen openen naar de verlangde zelfontplooiing.³⁴ Rond 1970 was 'bewustzijnsverruiming' onder recreatieve drugsgebruikers, die experimenteerden met LSD en hasj, het grote streven. Dat leidde tot een negatieve beeldvorming over alcohol en tranquillizers. In het verlengde hiervan werden ook psychofarmaca verketterd. Tijdens de jaren negentig presenteerden sommige psychiaters de moderne, 'lichtere' antidepressiva als Prozac juist als middel tot een grotere zelfontplooiing en bewustzijnsverruiming. In het verlengde hiervan groeide de algemene acceptatie voor biologisch ingrijpen bij psychiatrische stoornissen.

Overigens betekende het toenemende gebruik van moderne antidepressiva niet dat de belangstelling voor psychotherapie verminderde. Integendeel: het aantal Nederlanders dat zich aanmeldde voor een psychotherapeutische behandeling bij RIAGG's, poliklinieken of vrijgevestigde psychotherapeuten steeg explosief verder tijdens de jaren tachtig en negentig. Begin jaren tachtig waren er overigens officiële richtlijnen uitgevaardigd door de overheid voor de vergoeding van psychotherapie, na een lange 'psychotherapie-discussie'. Behandelaars die werkten met

bijvoorbeeld gestalttherapie of reïncarnatietherapie mochten zich niet langer psychotherapeut noemen. Deze titel werd exclusief voorbehouden aan klinisch psychologen en psychiaters.

Naast het officiële psychotherapiecircuit bloeide tijdens de jaren tachtig en negentig evenwel het zogenaamde New Age-circuit op, zoals het bonte en uitgebreide gezelschap van alternatieve, natuur- of spiritueel genezers in ons land wordt genoemd.³⁵ Een grote rage in de jaren negentig waren bijvoorbeeld de cursussen van de organisatie Landmark, die sterk deden denken aan de encounter-groepen die rond 1970 populair waren. Tijdens Landmark-cursussen bracht een groep mensen een weekend met elkaar door in een congrescentrum of hotel, waarbij het de bedoeling was zichzelf en elkaar te confronteren met het eigen gedrag, met innerlijke weerstanden en remmingen. Gesignaleerde blokkades en relatieproblemen moesten meteen worden opgeheven, door het bellen of schrijven van familieleden of vrienden met wie men problemen had.³⁶ In het New Age-circuit leefde bovendien de notie van de verborgen betekenis en functie van lichamelijke en psychische klachten voort; schrijfster Karin Spaink sprak in dit verband van een 'orenmaffia', omdat veel New Age-therapeuten ervan uit gingen dat allerlei ziekten, van kanker tot geestesziekten, het gevolg waren van emotionele conflicten – dus tussen de oren zaten.³⁷

De idealen van vrijheid en openheid uit de jaren zeventig waren kortom sindsdien allesbehalve verdwenen. Nederlanders werden steeds gevoeliger voor hun 'emotiehuishouding'.³⁸ Het streven naar individuele vrijheid en emotionele openheid raakte sinds de jaren zeventig bovendien nog verder gedemocratiseerd. Daarmee veranderde ook de retoriek rond psychotherapie. De pretenties van kritische psychiaters en psychotherapeuten, die rond 1970 de 'vervreemding' van mensen van hun eigen innerlijk én van elkaar wilden opheffen, verdwenen. Door de positieve belangstelling voor Prozac en vergelijkbare middelen kwamen psychofarmaca én biologisch georiënteerde psychiaters bovendien in een gunstiger daglicht te staan. Ze maakten een opmars als bondgenoten van het autonome individu, waar ze er rond 1980 nog de vijanden van leken. Biologie was 'bevrijdingsbiologie' geworden; mede dankzij pillen kon men nu 'baas in eigen brein' worden.

CLIËNTENEMANCIPATIE

In behandelinhoudelijke zin was de erfenis van de kritische psychiatrie voor het medisch model kortom beperkt gebleven, zeker wat betreft de behandeling van psychotische en ernstige stemmingsstoornissen. Het belangrijkste effect van het psychotherapeutisch georiënteerde sociaal model van de jaren zeventig was dat familieleden van cliënten sindsdien meer bij de behandeling betrokken werden onder de noemer van 'psycho-educatie'. Het zelfontplooiingsideaal uit de jaren zeventig, dat mede door auteurs als Laing en Foudraine stevig op de kaart was gezet, leefde nog wel sterk rond het jaar 2000, maar dat leidde paradoxaal genoeg tot

een herwaardering van het nut van psychofarmaca, zowel in als buiten de klinische psychiatrie.

Wat betreft de rechtspositie en mondigheid van cliënten van de klinische psychiatrie was ondertussen veel veranderd, mede als gevolg van de acties van de psychiatrische tegenbeweging. In alle psychiatrische ziekenhuizen bestonden rond 1990 cliëntenraden en 'patiëntenvertrouwenspersonen', mensen bij wie opgenomen cliënten hun klachten kwijt konden en die hun belangen moesten behartigen. In 1992 aanvaardde het parlement de wet Bijzondere Opneming Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ), die bepaalde dat mensen niet langer gedwongen mochten worden opgenomen omdat psychiaters vonden dat dit voor hun eigen bestwil was. Alleen in gevallen waar direct gevaar bestond voor henzelf of anderen, mochten mensen gedwongen worden opgenomen. Dezelfde criteria legde men aan voor een gedwongen behandeling.

Bovendien was rond de millenniumwisseling de Cliëntenbond niet langer de enige belangenorganisatie voor mensen met psychische problemen. Talloze andere cliëntenverenigingen ontstonden in de loop van de jaren tachtig en negentig.³⁹ Rond 1990 waren cliënten volledig geaccepteerd als gesprekspartners in de klinische psychiatrie.⁴⁰ De toenemende emancipatie maakte duidelijk dat zeker niet iedere cliënt van de klinische psychiatrie afkerig was van een medische interpretatie of behandeling van hun problematiek. Niet alleen psychiaters, maar ook hun cliënten verklaarden psychische problematiek op zeer verschillende manieren, zo maakte de toegenomen mondigheid van cliënten duidelijk. Menigeen voelde zich prima thuis bij het invaliditeitsmodel, dat ziekte beschouwde als een combinatie van erfelijke kwetsbaarheid en stress. Veel cliënten klaagden er zelfs over dat hulpverleners te weinig oog hadden voor hun ziekte. 'Gij zult schizofreniepatiënten hun rust gunnen', luidde bijvoorbeeld het zevende van de elf 'bejegeningsgeboden' voor hulpverleners die de vereniging Anoksis opstelde. Anderen zochten een spiritueel verklaringsmodel.⁴¹ Ook de aloude kritisch-psychiatrische visie leeft nog onder psychiatrische cliënten.

Zo vertelde een vrouw die in het Wegloophuis in Amsterdam woonde, dat nog steeds bestond, in 2002 aan een journalist: 'Met mij is niets mis. Ik had alleen af en toe van die geestestoestanden. Dan ging ik fantaseren en dat ging soms heel ver. Wat ik allemaal bedacht, is zo ingewikkeld dat ik het niet kan samenvatten. Psychiaters noemen zoiets een psychose en zeggen dat je ziek bent. Maar het zijn onschuldige fantasieën. Ze zeiden dat ik schizofreen was en drongen me medicijnen op.'⁴² Het denkmodel van de kritische psychiatrie uit de jaren zestig en zeventig is een cultureel sjabloon geworden, dat door een deel van de cliënten als hun persoonlijke zingevingsmodel is geaccepteerd. Het kritisch-psychiatrisch gedachtegoed is evenwel niet langer dominant, zoals tijdens de jaren zeventig – paradoxaal genoeg mede als gevolg van de toegenomen cliëntenemancipatie.

Hoewel cliënten van mening verschilden over medicatie, diagnostiek en de noodzaak van gedwongen psychiatrische opnames, leken ze op één punt nog altijd eensgezind: de bejegening door hulpverleners liet te wensen over. Tijdens de

25e Week van de Psychiatrie in 1999 was 'bejegening' het thema. De klachten waren legio. Gesprekken met hulpverleners werden bijvoorbeeld regelmatig onderbroken door 'telefoon, pieper of tussenkomst van een derde zoals een verpleegkundige of een andere collega.'⁴³ René van Kragten, ondersteuner van de Cliëntenraad in het Willem Arntsz Huis in Utrecht, verzamelde en bundelde deze en vergelijkbare klachten in de veelverkochte brochure *Bejegening in de GGZ*.⁴⁴ Veel zaken die in de jaren zeventig door critici van het medisch model werden bepleit, bleken nog altijd actueel: de behoefte aan open communicatie, gelijkwaardigheid in de omgang, en respect en aandacht voor de gezonde kanten en vaardigheden van de opgenomen mensen.

VERMAATSCHAPPELIJING

In heel ons land kwam in de jaren negentig de afbouw van de psychiatrische ziekenhuizen op gang.⁴⁵ De vermaatschappelijking van de klinische psychiatrie werd al begin jaren zeventig door de regering wenselijk geacht, maar deze wens groeide pas tijdens de jaren tachtig en negentig uit tot actief overheidsbeleid. Mede door het geven van subsidies aan 'zorgvernieuwingsprojecten' ontstonden meer initiatieven tot semi- of extramurale zorg en daalde het aantal bedden in alle psychiatrische ziekenhuizen. Plaatsen in instellingen voor 'beschermd wonen' namen juist toe van 3000 in 1984 tot 5000 in het jaar 2000. Door samenwerking tussen psychiatrische ziekenhuizen en RIAGG's ontstonden zo'n tachtig 'Multi-Functionele Eenheden': kleinschalige voorzieningen voor intra- en semimurale psychiatrische hulpverlening die waren gevestigd in woongebieden, en waar naast 24-uursopvang tevens dagbehandeling, crisisopvang en sociaal-psychiatrische begeleiding werd geboden. Ook steeg het aantal mensen dat minder dan drie maanden lang psychiatrische zorg ontving. De afbouw van de traditionele psychiatrische inrichtingen verliep hier echter minder drastisch dan in bijvoorbeeld de Verenigde Staten of Italië. De capaciteit van Nederlandse psychiatrische ziekenhuizen daalde slechts van ongeveer 25.000 bedden in 1980 tot zo'n 23.000 bedden rond de millenniumwisseling. Bovendien verbleven er eind jaren negentig nog altijd zo'n tienduizend chronische patiënten in de intramurale psychiatrie, dat wil zeggen, mensen die minimaal twee jaar opgenomen waren. De helft van deze groep verbleef zelfs al meer dan tien jaar in een inrichting.⁴⁶

Zoals gezegd bleek de terugkeer naar het individuele invaliditeitsmodel van geestesziekte vruchtbaar voor dit voorzichtige maar gestaag voortschrijdende proces van vermaatschappelijking. Een goede verstandhouding met het gezinssysteem rond cliënten was in de praktijk een belangrijke voorwaarde voor het welslagen van de vermaatschappelijking. Ook was het gebruik van psychofarmaca vaak een basis voor het welslagen van beschermd wonen-projecten. De psychiatrische tegenbeweging richtte zich ondertussen op het begeleiden van het vermaatschappelijkingsproces. In 1994 verscheen voor het eerst het blad *Deviant. Tijdschrift tussen psychiatrie en maatschappij*. Na een periode waarin de kritiek op de psychia-

trie geen forum had gehad (*Aha! Tijdschrift voor alledaagse waanzin* ging in 1986 ter ziele) was er vanaf 1994 dus weer een blad waarin de ontwikkelingen in de psychiatrie met argusogen werden gevolgd. Volgens het redactioneel bij het eerste nummer was *Deviant* bedoeld voor allen die 'worstelen in het spanningsveld' tussen psychiatrie en maatschappij: 'cliënten, hulpverleners, familieleden, wetenschappers, beleidmakers, verzekeraars en andere betrokkenen.' 'Dit blad', aldus het redactioneel bij het eerste nummer, gaat over de vraag hoe men omgaat met devianten, hoe men hulp probeert te bieden of controle uitoefent, hoe men streeft naar deinstitutionalisering en hoe dat voelt.⁴⁷

Niet het bekritisieren van het medisch behandelmodel, maar het bevorderen van de integratie van mensen met een psychiatrische achtergrond stond rond het jaar 2000 centraal in kringen van mensen die de psychiatrie kritisch volgden. De toon van de psychiatrische tegenbeweging was milder geworden. Ook hier namen gaandeweg afstand van de psychotherapeutische genezingsdrang, de felle kritiek op psychofarmaca en de visie op psychiaters als handlangers van een onderdrukkende maatschappij, die tijdens de jaren zeventig en begin tachtig domineerden. Zo schreef de preventiemedewerkster Doortje Kal in haar proefschrift *Kwartiermaken* dat ze ervoor wilde hoeden om 'gekken' te romantiseren. Immers, aldus Kal, 'veel "gekken" geven er blijk van blij te zijn wanneer ze – vaak na een lange zoektocht – eindelijk van hun psychiatrische diagnose op de hoogte gesteld worden.'⁴⁸ Bovendien hebben veel psychiatrische patiënten heel 'normale' verlangens naar goed wonen (privacy), goed werken (rekening houdend met iemands competenties), een voldoende inkomen, gelijkwaardige en intieme relaties etc.⁴⁹ Kal wilde de kritische impuls uit de jaren zeventig liever vasthouden door de sociale isolatie van 'gekken' tegen te gaan.

Tekenend voor de meer genuanceerde stellingname in de psychiatrische tegenbeweging is ook het volgende verhaal van een vrouw, die eind jaren zeventig deel uitmaakte van de psychiatrische tegenbeweging. Als psychologiestudente nam ze destijds deel aan de felle protesten tegen de 'bio-psychiatrie' van Van Praag. In 2001 slikte ze inmiddels zelf Seroxat. Ze vertelde: 'Op zoek naar begeleiding bij mijn Seroxat-gebruik kwam ik terecht bij verscheidene (elkaar steeds afwisselende) psychiaters in opleiding bij de polikliniek van Kahn en Nolen, twee bekende hoogleraren in de "bio-psychiatrie". Daar zat ik dan tegenover de "pillendokters van de wittejassenmafia" waar ik vroeger zo fel tegen ten strijde was getrokken.' Het viel haar alles mee: 'Ze hadden geen witte jassen aan en gedroegen zich veel menselijker en gewoner dan veel therapeuten die zo vaak gehinderd lijken te zijn door allerlei therapeutische overwegingen. Ze namen ruim de tijd om me mijn verhaal te laten doen en toonden veel begrip voor mijn angstprobleem.' Als ze weer de barricades op zou gaan, concludeerde deze vrouw, dan 'zou ik niet meer tegen de ene of andere vorm van psychiatrie zijn, maar voor zoiets 'ouderwets' als de vermenschlijking van de hulpverlening. Want dat is nog steeds en weer opnieuw nodig volgens mij.'⁵⁰

GOLFBEWEGINGEN

De officiële terugkeer naar het invaliditeitsmodel van geestesziekte ging gepaard met een demonisering van de periode van de 'antipsychiatrie', die in de jaren negentig in de media werd afgerekend op zijn excessen, zoals de verkettering van biologische psychiaters en ouders. Een belangrijk gevolg van de felle aanval op medisch georiënteerde psychiaters uit de jaren zeventig is dat er nog steeds weinig ruimte lijkt te zijn voor een evenwichtige evaluatie van die periode als episode in de totale geschiedenis van de klinische psychiatrie. Bezien binnen de langere geschiedenis van deze sector was de periode tussen 1965 en 1975 er een van meerdere tijdperken die werden gedomineerd door therapeutisch optimisme. Al deze periodes leidden tot excessen, maar van al deze periodes zijn ook elementen behouden gebleven die door behandelaars waardevol worden gevonden.

Diverse historici hebben reeds gewezen op de pendelbeweging in de geschiedenis van de klinische psychiatrie. Zoals Joost Vijsselaar het treffend uitdrukte, lijkt 'de psychiatrie gevangen in een cyclus van optimisme, frustratie en pessimisme'.⁵¹ Ook is er een golfbeweging te zien van biologische verklaringsmodellen en behandelmethoden naar meer psychologisch en fenomenologisch georiënteerde denkmodellen en therapieën en weer terug. De vraag 'wat is waanzin?' raakt dan ook aan allerlei terreinen: psychologie, filosofie, spiritualiteit, biologie, sociologie, genetica, antropologie, neurologie en ethiek.

Daarbij is het therapeutisch vermogen van de psychiatrie in vergelijking met andere geneeskundige specialismen beperkt. Weliswaar heeft men sinds de jaren vijftig veel betere middelen gekregen om psychiatrische symptomen te bestrijden of verzachten, en is het psychiatrisch arsenaal ook wat betreft de beschikbaarheid van psychotherapie, crisisinterventie en nazorg sterk uitgebreid, medicijnen die psychiatrische ziektes kunnen verhelpen of voorkomen hebben psychiaters niet, evenmin als spectaculaire ingrepen als orgaantransplantaties of keizersneden. De enige psychiatrische ziekte die men vanaf de jaren twintig heeft weten uit te bannen is dementia paralytica, omdat deze syfilitische aandoening te behandelen bleek met penicilline.

Behandelaars in de klinische psychiatrie zijn daarom vatbaar voor nieuwe therapeutische hoop. In de jaren dertig tot en met zestig van de vorige eeuw was die hoop vooral gevestigd op biologische behandelmethoden: diverse shockkuren werden uitgevonden en toegepast en in de jaren vijftig heerste groot enthousiasme over de nieuwe antipsychotica en antidepressiva. Aanvankelijk werden mensen met allerlei diagnoses geshockt en in sommige inrichtingen werden shocks zelfs ingezet als disciplineringsmethode. Resultaat hiervan is echter wel, dat ECT een behandelmethode is gebleken voor mensen met zware depressies, die door zowel behandelaars als cliënten waardevol gevonden wordt. Elke periode van genezingsdrang zorgde voor excessen in de enthousiaste, experimentele beginfase maar leverde uiteindelijk vaak een uitbreiding van het psychiatrisch behandelarsenaal op.

Zo ook het therapeutisch optimisme van de kritische psychiatrie uit de jaren zeventig. Dit leidde er soms toe dat behandelaars, vanuit hun idealistische wens om mensen met psychiatrische problemen te genezen en bevrijden, hoge verwachtingen stelden aan cliënten en ouders soms onheus bejegenden. Anderzijds droeg de genezingsdrang uit de jaren zeventig belangrijk bij aan grotere aandacht voor de stem van de (ex-)cliënt, en aan grotere aandacht voor informelere en gelijkwaardigere omgang met mensen die lijden aan psychische stoornissen. Al laat de bejegening volgens cliënten nog altijd te wensen over, ze is in ieder geval een expliciet aandachtspunt geworden in de klinische psychiatrie. Ook stimuleerde de kritische psychiatrie mede de aandacht voor de familie rond de cliënt, die vanaf het midden van de jaren tachtig veel meer bij de behandeling werd betrokken dan vóór de jaren zeventig gebruikelijk was. Ten slotte is gebleken dat sommige cliënten en behandelaars de notie van de 'zin in de waanzin' nog steeds waardevol vinden. De notie heeft zich een eigen plaats verworven binnen het scala aan zingevingsmodellen voor psychische problematiek. Terugkijkend is er dus zeker een zin geweest in de schijnbare waanzin van de 'antipsychiatrie'.

