

Baas in eigen brein

‘Antipsychiatrie’ in Nederland,
1965-1985

ACADEMISCH PROEFSCHRIFT

ter verkrijging van de graad van doctor
aan de Universiteit van Amsterdam
op gezag van de Rector Magnificus
prof.mr. P.F. van der Heijden
ten overstaan van een door het college voor promoties ingestelde
commissie, in het openbaar te verdedigen in de Aula der Universiteit
op vrijdag 5 maart 2004, te 12.00 uur

door
Gemma Blok
geboren te Haarlem

Promotor: Prof.dr. M.F. Gijswijt-Hofstra
Co-promotor: Prof.dr. I. Weijers
Faculteit der Geesteswetenschappen

Uitgegeven door: Uitgeverij Nieuwezijds, Amsterdam
Omslagontwerp: Marjo Starink, Amsterdam
Zetwerk: CeevanWee, Amsterdam

Copyright © 2004, Gemma Blok

De omslagillustratie is onderdeel van een affiche van de Stichting Pandora (www.stichtingpandora.nl) uit 1970, met de titel: 'Waarom "gek" – omdat ie anders is?'. Copyright © Stichting Pandora. De gehele affiche staat op pagina 226 van dit boek afgebeeld.

ISBN 90 5712 173 5
NUR 875/680

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm, geluidsband, elektronisch of op welke andere wijze ook en evenmin in een retrieval system worden opgeslagen zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voorwoord

Aan de basis van dit boek staan twee mensen: mijn promotor Marijke Gijswijt-Hofstra en Joost Vijselaar. Marijke stimuleerde vanaf mijn studietijd mijn plezier in de geschiedwetenschap en mijn intellectueel zelfvertrouwen. Ze steunde mijn opbloeiende interesse in de geschiedenis van de psychiatrie – onder meer door mij in contact te brengen met Joost Vijselaar, mijn erudiete nestor in dit fascinerende historische deelgebied. Beiden ben ik dankbaar voor hun nimmer aflatende enthousiaste en vriendschappelijke bemoediging. Tijdens het schrijven van dit proefschrift was de stimulerende en betrokken begeleiding van Marijke en mijn co-promotor Ido Weijers onmisbaar. Ik heb onze bijeenkomsten altijd als zeer plezierig ervaren; beiden veel dank.

De periode van de ‘antipsychiatrie’, het onderwerp van dit proefschrift, trok mijn aandacht toen ik werkte aan gedenkboeken over de psychiatrische ziekenhuizen Santpoort, Endegeest en Welterhof. Het viel me tijdens interviews met medewerkers geregeld op, dat ze uit hun stoelen opveerden als de jaren zeventig van de vorige eeuw ter sprake kwamen. Dan laaide het vuur van oude discussies over de aard van geestesziekte en de gewenste koers van de psychiatrische hulpverlening weer op. Dit wekte bij mij de belangstelling voor deze turbulente periode binnen de klinische psychiatrie.

Mede dankzij de Stichting Adhesie GGZ Midden-Overijssel – waarin het psychiatrische ziekenhuis Brinkgreven is opgegaan dat de centrale casestudy vormt in dit boek – heb ik me voor dit proefschrift nader kunnen verdiepen in deze ‘antipsychiatische’ periode. Zonder de historische belangstelling en gastvrijheid van de directie en medewerkers van Adhesie was mijn onderzoek niet mogelijk geweest. Ook de medewerkers van het Instituut voor Cultuur en Geschiedenis wil ik graag bedanken voor hun steun de afgelopen jaren. Sonja van ’t Hof wil ik van harte danken voor haar grondige tekstredactie. In betere handen had dit proefschrift niet kunnen zijn.

Diverse andere mensen hielpen mij de afgelopen jaren. De multi-universitaire onderzoeksgroep De Gestoorte Psyche, die zich richt op een geschiedschrijving

van de twintigste-eeuwse psychiatrische hulpverlening in Nederland, was een constante bron van interessante discussies en kennisuitwisseling. Psychiater Hans van der Ploeg gaf waardevol commentaar op de patiëntendossiers die ik bestudeerde. Ido Weijers en Ruud Abma, Karin Bakker en Henk ter Velde, Cécile aan de Stegge, Michiel Louter en Annemieke Klijn gaven me toestemming gebruik te maken van vooralsnog ongepubliceerd onderzoeksmateriaal. Peter Louter, Freek Polak en Egbert Tellegen gaven mij delen van hun verzameling oude psychiatrieliteratuur cadeau. Allen mijn hartelijke dank. Verder ben ik iedereen die delen van mijn proefschrift-in-wording becommentarieerde zeer erkentelijk: mijn ouders, Karin Bakker, Sjoerd de Jong, Jelly Louter, Harry Oosterhuis, Cécile aan de Stegge, Joost Vijselaar en in het bijzonder mijn vriend Michiel Louter, die het na vijf jaar nog niet beu was om met me te praten over de jaren zeventig in de Nederlandse psychiatrie, die nijver mijn teksten redigeerde en tot het einde van de rit een bron was van inspirerende adviezen.

Het schrijven van een proefschrift is per definitie een solistisch project, maar voor negatieve bijwerkingen als eenzaamheid en sociale isolatie ben ik de afgelopen jaren gelukkig behoed gebleven. Allereerst door de contacten met de mensen die ik in de loop van dit onderzoek heb gesproken. Aan de interviews die ik voor dit boek hield, bewaar ik veel goede herinneringen. Ik wil alle oud-medewerkers van Conolly en de andere geïnterviewden hartelijk danken voor hun gastvrijheid en hun gulheid met herinneringen en materiaal uit persoonlijke archieven. Ook zonder jullie was dit onderzoek niet mogelijk geweest.

Lotgenotencontact met andere promovendi, verbonden aan het Huizinga-instituut en de leerstoelgroep Nieuwste Geschiedenis, was een belangrijke bron van gezelligheid en gesprekken over de mogelijkheden en onmogelijkheden van historisch onderzoek. Met name Jeroen Blaak, Sofie Cerutti, Martijn Eickhoff, Roel Hijink, Dirk van Miert, Alicia Montoya, Ronald van Raak, Marleen Rensen en Marianne Roobol wil ik in dit verband noemen, alsmede mijn 'zusje' in de wetenschap, Annehilde van Baal. Met haar ging ik niet alleen gelijk op tijdens het schrijven van onze proefschriften, maar ook tijdens een andere, veel belangrijker bevalling: die van onze kinderen.

Baas in eigen brein bleef ik zelf door een licht dwangmatige consumptie van de soapserie *As the world turns* – maar eerst en vooral dankzij mijn vrienden, familie en schoonfamilie. Terwijl ik me voor dit boek verdiepte in psychologische theorieën over ziekmakende relaties, werd voor mij persoonlijk bevestigd dat niets zo goed is voor de psychische gesteldheid als de warmte van vertrouwde mensen om je heen. Anna, Annehilde, Becky, Erika, Nienke, Peter, jullie aanhang en alle anderen: veel dank voor jullie vriendschap. Lieve papa en mama, heel veel dank voor alle steun en gezelligheid van nul tot nu, en voor jullie cruciale bijdrage aan de ontwikkeling van mijn historische belangstelling. Ik draag dit boek op aan mijn vriend Michiel en onze dochter, mijn allerliefste kleine pukkie Zoë: de pijlers van mijn geestelijke gezondheid.

Inhoud

1. Inleiding: zin in de waanzin	9
1.1 Antipsychiatrie: een begripsbepaling	10
1.2 De klinische psychiatrie onder vuur: een kort overzicht	16
1.3 Bronnen en opzet	21
2. De ziekmakende samenleving	
<i>Kritische psychiatrie en het streven naar een welzijnsrevolutie, 1970-1975</i>	25
2.1 Kritische psychiatrie in Nederland: een pleidooi voor psychotherapie in de klinisch-psychiatrische praktijk	26
2.2 Vrijheid, gelijkheid en openheid: kritische psychiatrie en de geestelijke wederopbouw van Nederland	36
2.3 Het ziekmakende gezin	48
2.4 Conclusie	52
3. Vluchten of veranderen	
<i>Vernieuwingsdrang op de afdeling Conolly van psychiatrisch ziekenhuis Brinkgreven te Deventer, 1969-1979</i>	55
3.1 De omwenteling	57
3.2 Het dagelijks leven in de therapeutische gemeenschap	67
3.3 'Piet' en het behandelklimaat	72
3.4 Paradoxen en systemen: therapieën op Conolly	79
3.5 Bewustzijnsverruiming	90
3.6 Het conflict	95
3.7 Conclusie	103

4.	Van asiel tot revalidatiecentrum	
	<i>Vernieuwingsdrang in psychiatrisch ziekenhuis Brinkgreven sinds 1962</i>	107
4.1	Brinkgreven als behandelcentrum	108
4.2	Brinkgreven in een stroomversnelling	112
4.3	Gevecht tegen de verstarring	121
4.4	Conclusie	127
5.	‘Oorlog in de psychiatrie’	
	<i>Protest tegen het ‘medisch model’ in de klinische psychiatrie tijdens de jaren zeventig</i>	131
5.1	Vrijheid van betutteling	133
5.2	Democratisering in de psychiatrische inrichting	141
5.3	‘Dialoog met de waanzin’.	
	De aanval op psychofarmaca als pleidooi voor psychotherapie	147
5.4	Losmaking	156
5.5	Grenzen van genezingsdrang	160
5.6	Conclusie	163
6.	‘Vrijheid is therapeutisch’	
	<i>Polarisatie van het debat rond de klinische psychiatrie na 1975</i>	167
6.1	Rammelende sleutelbossen.	
	Bloei van de psychiatrische tegenbeweging	169
6.2	Geestesziekte als ‘innerlijke onvrijheid’.	
	Opkomst van de ‘anti-antipsychiatrie’	176
6.3	Humanisering of afschaffing.	
	De psychiatrische tegenbeweging in een identiteitscrisis	190
6.4	Conclusie	198
7.	Conclusies	201
	Epiloog: de erfenis van de kritische psychiatrie	207
	Summary	221
	Noten	227
	Geïnterviewde personen	265
	Archieven	266
	Literatuur	267
	Register	281

I

Inleiding

Zin in de waanzin

‘Mijn ouders zijn inktvissen die leven op de bodem van de Middellandse Zee’. Aldus een twintigjarige jongen die anno 1976 werd opgenomen op de afdeling Conolly van psychiatrisch ziekenhuis Brinkgreven te Deventer.¹ Zijn naam wilde de ‘inktvissenman’, die in zwaar verwaarloosde toestand was aangetroffen op het treinstation van Deventer, niet zeggen. Ook wenste hij slechts in het Frans te communiceren omdat hij de Nederlandse taal een ‘formule’ vond. Verder meldde de jongen dat het zijn levenstaak was om de wereld te veranderen door de tijd terug te draaien. De dienstdoende arts-assistent vond het fascinerend hoe de jongen het losmakingsproces van zijn ouders vertaalde in de waan dat zijn vader en moeder inktvissen waren, beesten met grijpgrage tentakels alom. Medicatie kreeg de inktvissenman aanvankelijk niet, ondanks zijn verzoek hierom, want dan zou zijn angst ‘niet meer te voelen zijn en het voor hem onmogelijk worden gemaakt hiermee om te leren gaan’.

Na enkele weken moest het behandelteam echter constateren dat het leggen van contact met de jongen mislukt was. De inktvissenman kroop weg in douchecellen en keukenkastjes en bevond zich volgens een betrokken verpleegkundige op een geheel andere ‘golflengte’. In plaats van met zichzelf bezig te gaan, probeerde hij de verpleging voor de gek te houden, schreef men misprijzend in zijn dossier. Besloten werd de inktvissenman het antipsychoticum Trilafon te geven. Hierna werd hij snel communicatiever. De inktvissenman vertelde nu ook zijn naam, waarna geleidelijk bleek dat hij een uitgebreid psychiatrisch verleden had. Diverse malen was de diagnose schizofrenie gesteld. De behandelaars op Conolly waren echter wars van deze diagnose, die ze beschouwden als stigmatiserend en te pessimistisch. Zelf omschreven ze de jongen als iemand met ‘onduidelijke levensproblematiek’, die een ‘wat paranoïde indruk’ maakte. Zijn probleem zou vooral zijn dat hij er moeite mee had om ‘met zichzelf en anderen om te gaan’.²

Het behandelteam van Conolly was ervan overtuigd dat aan een psychose of depressie een positieve draai kon worden gegeven. Wanneer een dergelijke psychische crisis als aanleiding werd beschouwd om de eigen emoties en relaties na-

der onder de loep te nemen, dan kon de cliënt vervolgens zijn leven meer naar eigen wens gaan inrichten. Een belangrijke inspirator achter deze optimistische visie op geestesziekte was de Britse psychiater Ronald David Laing (1927-1989), wiens boeken *Het verdeelde zelf* *Strategie van de ervaring* begin jaren zeventig bestsellers waren in ons land.³ Laing omschreef de psychose als 'metanoia': een reis door het innerlijk die kon leiden tot meer zelfkennis en een groter geestelijk evenwicht.⁴ Laing zag waanzin als een poging van mensen om hun 'ware zelf' te hervinden. Daarvan zouden ze vervreemd zijn geraakt door toedoen van hun omgeving, die hen dwong een rol te spelen die afweek van hun eigenlijke aard. Als reactie op die dwang tot conformisme, betoogde Laing, trokken sommige mensen zich terug achter een 'rookgordijn' van zonderling gedrag, bizar klinkende ideeën en cryptisch taalgebruik.⁵

Volgens Laing zagen psychiaters doorgaans geheel over het hoofd dat er achter dit rookgordijn een persoon verscholen zat met zeer herkenbare en begrijpelijke gevoelens. Gekken waren lang zo 'gestoord' niet als ze leken; hun schijnbare waanzin was een afweermecanisme. Als de verborgen persoon achter het rookgordijn werd gezien, gehoord en gesteund in de ontplooiing van zijn ware zelf, dan kon een zenuwinzinking een doorbraak vormen in iemands leven. De psychische crisis was een lijdensweg, maar ze kon ook een bevrijding zijn, dacht Laing. In de particuliere therapeutische gemeenschap Kingsley Hall te Londen, die hij samen met collega's in 1965 oprichtte, konden mensen zonder pillen of dwang hun psychische crisis doorleven. Het natuurlijke genezingsproces moest een kans krijgen.⁶ De bekendste bewoner van Kingsley Hall was Mary Barnes, een katholieke verpleegster van middelbare leeftijd die er uitgebreid haar kindertijd opnieuw beleefde, vanaf het babystadium.⁷ Ze voelde zich herboren en koos na haar 'metanoia' voor een nieuwe carrière als kunstenaar.

1.1 Antipsychiatrie: een begripsbepaling

Doorgaans wordt Laing gerekend tot de zogenaamde antipsychiatrie: de golf van kritiek die de klinische psychiatrie in Amerika en West-Europa overspoelde tijdens de jaren zestig en zeventig van de vorige eeuw.⁸ De term antipsychiatrie als aanduiding voor deze golf van kritiek is afkomstig uit de titel van een boek van Laings collega David Cooper: *Psychiatry and anti-psychiatry* (1967).⁹ Laing was slechts een van vele zangers in een koor van critici, al was hij wel de meest beroemde. Wereldwijd zijn miljoenen exemplaren van zijn boeken verkocht in meer dan twintig talen.¹⁰ Kingsley Hall werd een Mekka voor de Engelse media en bohème.¹¹ Adolescenten dweepten met Laings boek *The divided self* (1961), dat ooit is omschreven als het *Die Leiden des jungen Werthers* van de jaren zestig.¹² Ook in Amerika bereikte Laing een cult-status. Toen hij in 1972 een lezingentour maakte door de States werd hij behandeld als popster.¹³ Mensen die geen kaartje voor een optreden van Laing hadden weten te bemachtigen, stonden juichend

langs de kant van de weg om een glimp van hun held op te vangen.¹⁴ Andere bekende ‘antipsychiaters’ waren de psychiater Thomas Szasz uit de Verenigde Staten, de eveneens Amerikaanse sociologen Erving Goffman en Thomas Scheff, Laings landgenoot en collega David Cooper, de Franse filosoof Michel Foucault, de Italiaanse psychiater Franco Basaglia en het Duitse *Sozialistische Patientenkollektiv* (SPK).¹⁵ Ook Nederland had zijn eigen ‘antipsychiater’: Jan Foudraïne, van wiens boek *Wie is van hout... een gang door de psychiatrie* (1971) zo’n 200.000 exemplaren zijn verkocht.¹⁶

Volgens de Nederlandse psychiater Kees Trimbos, die in 1975 een boek publiceerde getiteld *Antipsychiatrie: een overzicht*, behoren alle bovenstaande critici tot de denkstroming der antipsychiatrie, die zich zou kenmerken door vier dominante thema’s.¹⁷ Allereerst een verwerping van het ‘medisch model’, ofwel het protest tegen een ‘medische, ziektekundige benadering van psychosociale stoornissen’ zoals Trimbos het verwoordde.¹⁸ Vervolgens een verwerping van de inrichtingspsychiatrie, vanuit de notie dat een verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis mensen niet beter maakte, maar hen beroofde van hun zelfvertrouwen, identiteitsgevoel en initiatief. Mensen raakten er gehospitaliseerd.¹⁹ Een derde kernaspect van de ‘antipsychiatrie’ vond Trimbos het betoog over de ‘sociale controlefunctie’ van de psychiatrie. Laing bijvoorbeeld noemde de westerse samenleving een gevangenis, die te weinig ruimte bood voor de zelfontplooiing van haar inwoners.²⁰ Psychiaters fungeerden als cipiers in dit huis van bewaring, omdat ze onaangepaste mensen opsloten in psychiatrische inrichtingen. Tenslotte beschouwde Trimbos een meer ‘positieve waardering’ van de psychose als kenmerkend voor de antipsychiatrie. Daarmee duidde hij op de hierboven geschetste Laingiaanse opvatting over de psychose als ‘metanoia’, een opvatting die Foudraïne van Laing overnam.

In dit boek wordt de paraplueterm antipsychiatrie vermeden als algemene aanduiding voor de kritiek op de klinische psychiatrie uit de jaren zestig en zeventig van de vorige eeuw. Een eerste reden hiervoor is dat de benaming antipsychiatrie zeer controversieel is. Afgezien van Cooper wilde geen van de bovengenoemde kritische auteurs als antipsychiater worden bestempeld.²¹ Een tweede reden om de term antipsychiatrie te vermijden, is dat hij ten onrechte de indruk wekt dat er sprake zou zijn van een inhoudelijk coherente denkstroming. Ondanks belangrijke overeenkomsten tussen de diverse kritische auteurs – te weten hun protest tegen het medisch model en hun kritiek op de hospitaliserende werking van psychiatrische ziekenhuizen – bestonden er belangrijke verschillen aangaande de andere twee thema’s die Trimbos onderscheidde: de sociale controlefunctie van psychiaters en de positieve waardering van de waanzin. Wat betreft de inhoud van de geuite cultuurkritiek en de mate waarin dit aspect een rol speelde in hun werk, kunnen de diverse critici niet simpelweg op één lijn worden gesteld. Zo verfoeide Szasz, zelf een radicale liberaal, de marxistische cultuurkritiek van Cooper, Laing en het SPK. Het SPK was ondertussen veel politieker in zijn kritiek op de westerse samenleving dan Laing, die zich veeleer bezighield met een psychologische variant van cultuurkritiek.

Daarbij miskent de negatief klinkende karakterisering ‘antipsychiatrie’ het psychotherapeutisch optimisme dat spreekt uit de geschriften van met name Laing en Foudraine. Zoals ook bleek uit de gevalsbeschrijving van de ‘inktvisserman’ aan het begin van deze Inleiding, vormde een sterke genezingsdrang de achtergrond van het leveren van kritiek op traditionele psychiatrische diagnostiek en psychofarmaca, kortom op het ‘medisch model’. Zogenaamde antipsychiaters waren een belangrijke bron van inspiratie voor hulpverleners die door een dergelijke genezingsdrang bevoegen raakten. Zo betoogde Laing dat een schizofreen ‘ophoudt schizofreen te zijn wanneer hij iemand ontmoet door wie hij zich begrepen voelt.’²² Hij gaf hiervan graag illustraties ten beste. Toen Laing bijvoorbeeld begin jaren zeventig door Amerika rondreisde, vroegen enkele psychiaters hem om advies met betrekking tot een patiënte die maandenlang geen woord had gezegd en in een isoleercel verbleef, waar ze naakt op haar hurken heen en weer wiegde. Tot verbijstering van zijn collega’s kleepte Laing zich uit, hurkte naast de vrouw neer en wiegde met haar mee. Na een minuut of twintig begon ze tegen hem te praten.²³

Ook Foudraine uitte zich zeer positief over de mogelijkheden om door middel van de ‘menselijke ontmoeting’ psychiatrische patiënten te verlossen uit hun geestelijke verwarring en sociale isolement. Een dramatische episode in *Wie is van hout...* betreft Foudraine’s relatie met Karel, ‘een soort meubel’ van de Leidse psychiatrische universiteitskliniek waar Foudraine in de jaren vijftig werkte. Karel stond te boek als ‘defectschizofreen’. Hij had al jaren niet meer gelachen, gepraat of gehuild. Foudraine was vastberaden Karels verborgen gevoelens naar de oppervlakte te halen. Hij besteedde veel aandacht aan hem, maar aanvankelijk mocht dat niet baten. ‘Er waren momenten’, schrijft hij, ‘dat wij door het park wandelden en ik hem met tranen in de ogen bij de schouders nam en door elkaar schudde. Hij moest en zou op mijn appèl tot contact ingaan.’²⁴ En dat deed Karel uiteindelijk. ‘Tijdens een van de zittingen zong een vogel buiten’, schrijft Foudraine. ‘Min of meer automatisch zei ik: “Hoor je die vogel, Karel?” Ik keek naar buiten en verwachtte geen antwoord. Maar toen ik voor het geopende venster stond, hoorde ik achter mijn rug mijn cliënt zeggen: “Ik hoor hem goed, het maakt me melancholiek.” Ik bleef als vastgenageld aan het raam staan. De uitspraak, de toon, het gevoel dat eruit sprak overrompelden me. Toen ik mij omdraaide en hem aanzag troffen onze ogen elkaar en toen ik vroeg: “Hoe bedoel je dat?”, antwoordde hij: “Het broeit onder het zand.”’²⁵

Vanaf dat moment was Foudraine ‘niet meer te houden.’ Hij nodigde Karel ’s avonds uit op zijn kamer, ‘sprak hem over Buber, Jung, mijn leven’ en langzaam begon ook Karel te vertellen. Over zijn zwakke vader en overbezorgde moeder, zijn strenge katholieke opvoeding, die onder meer had geresulteerd in de schuld-bewuste dwanggedachte ‘Jesus heeft ook gemasturbeerd’, en over de ‘duivel’: zijn vroegere therapeut, die hem had behandeld met elektroshocks. Na vier maanden verbleekte Karels psychose en was Foudraine naar eigen zeggen ‘voorgoed verloren’ voor de klassieke psychiatrie.²⁶ Eind jaren zestig voelde hij zich de ‘messias

der schizofrenen.²⁷ Deze genezingsdrang onderscheidde Laing en Foudraine nadrukkelijk van veel andere critici. Hun positieve waardering van de waanzin als mogelijke doorbraak in iemands leven werd zeker niet door alle zogenaamde antipsychiaters gedeeld.²⁸ In ons land was de positieve waardering van de waanzin echter, zoals dit boek wil laten zien, een zeer belangrijk thema binnen de kritiek op de klinische psychiatrie.

Deze studie wil een nadere karaktertypering bieden van het soort kritiek op de klinische psychiatrie dat in ons land leefde tijdens de jaren zeventig van de twintigste eeuw. Dit gebeurt mede op basis van een casestudy: de gebeurtenissen op de hierboven reeds genoemde afdeling Conolly, de opnameafdeling voor 'heren' van psychiatrisch ziekenhuis Brinkgreven te Deventer. Op deze afdeling leefde in de jaren zeventig fel protest tegen het medisch model binnen de klinische psychiatrie. Zoals gezegd wordt in deze studie de term 'antipsychiatrie' vermeden als overkoepelend begrip. Aangezien het desondanks soms toch nodig is om de golf van protest tegen de klinische psychiatrie globaal aan te duiden als historisch fenomeen, is daartoe in dit boek gekozen voor de meer neutrale benaming 'kritische psychiatrie'.²⁹ Van de term antipsychiatrie wordt steeds nagegaan, wie hem gebruikten en met welke betekenis.

VRAAGSTELLING EN BETOOG

Veel historici, psychiaters en andere onderzoekers die zich met de kritische psychiatrie hebben beziggehouden, richtten zich net als Trimbos vooral op de ideeën en praktijken van toonaangevende critici als Szasz en Laing. Ook is veel geschreven over de zogenaamde psychiatrische tegenbeweging (ook wel 'gekkenbeweging' genoemd): het geheel van actiegroepen die tijdens de jaren zeventig ontstonden en die protesteerden tegen bijvoorbeeld het gebruik van psychofarmaca of de slechte rechtspositie van psychiatrische patiënten.³⁰ Minder aandacht is tot nu toe besteed aan de wetenschappelijke en culturele inbedding van de verschillende kritisch-psychiatrische denkbeelden, enkele studies daargelaten.³¹ Bovendien is vooralsnog weinig bekend over de manier waarop psychiaters, psychologen en psychiatrisch verpleegkundigen zijn omgegaan met de kritische psychiatrie. De vraag welke concrete wending zij eventueel gaven aan de kritiek op het medisch model en de hospitaliserende werking van de inrichtingspsychiatrie, aan de notie van de zin in de waanzin en aan de visie op psychiaters als bewakers van de sociale orde, is vooralsnog onbeantwoord gebleven. Aan het 'werkvloerperspectief' is in de geschiedschrijving over de kritische psychiatrie tot nu toe geen aandacht besteed.

Dit proefschrift biedt een meer gecontextualiseerde geschiedschrijving van de kritische psychiatrie en besteedt daarbij veel aandacht aan de gebeurtenissen op diverse werkvloeren binnen de Nederlandse intramurale psychiatrie. De receptie en doorwerking van de kritisch-psychiatrische denkbeelden in Nederland worden beschreven in samenhang met ontwikkelingen binnen de klinische psychia-

trie en de Nederlandse samenleving als geheel. De centrale vragen die daarbij aan de orde zullen komen, zijn de volgende. Wat was de voedingsbodem waarop de kritische psychiatrie in ons land terecht kwam, zowel wat betreft de situatie in de klinische psychiatrie als in de Nederlandse samenleving als geheel? Hoe hing de belangstelling in ons land voor de kritische psychiatrie samen met bredere cultuurkritiek en vernieuwingsdrang in de Nederlandse samenleving in de periode tussen 1965 en 1975? In hoeverre waren de kritische denkbeelden afwijkend van destijds gangbare denkbeelden in de klinische psychiatrie, dan wel vormden ze een radicalisering van bestaande opvattingen en vernieuwingsdrang in die sector? Welke rol hebben de denkbeelden van Laing, Szasz, Foudraine en andere critici gespeeld binnen de ontwikkelingen in de Nederlandse klinische psychiatrie tijdens de ‘lange jaren zeventig’ (1965-1985)?

Betoogd zal worden in dit boek dat de kritische psychiatrie géén eenduidig pleidooi was voor *afschaffing* van de psychiatrische hulpverlening. Het motto van de jaren zeventig luidde niet ‘Weg met de psychiatrie’, zoals de onderzoekers De Boer en Mol eind jaren tachtig dachten.³² Ook in het momenteel veelgebruikte *Handboek Psychopathologie* (1990) staat te lezen dat de ‘antipsychiatrische beweging’ het bestaansrecht van psychische ziektes en daarmee van de klinische psychiatrie ter discussie stelde.³³ De eminente Amerikaanse historicus Gerald Grob betoogde anno 2003 eveneens dat de ‘antipsychiatrie’ een ontkenning was van de rechtmatigheid van alle psychiatrische hulpverlening.³⁴ Dit tegenwoordig dominante beeld klopt slechts ten dele. Voor ons land althans geldt dat de kritische psychiatrie juist onderdeel was van een wens tot verbetering en zelfs *intensivering* van de psychiatrische hulpverlening.

De basis hiervan was een groot psychotherapeutisch optimisme. Zoals de Nederlandse psychiater Joost Mathijssen – een bewonderaar van Laing – het in 1970 verwoordde, beperkte de traditionele ‘infantiele’ psychiatrie zich tot ‘sussen, aanpassen en toedekken’ door middel van geruststellende schouderklopjes en psychofarmaca. De ‘volwassen’ psychiatrie van de toekomst daarentegen zou moeten streven naar ‘ontmaskering, verheldering, ontdekking’. Door middel van psychotherapie zouden de sociale oorzaken van individuele psychische problemen moeten worden blootgelegd.³⁵ In de Nederlandse kritiek op de klinische psychiatrie kunnen twee fasen worden onderscheiden. Het citaat van Mathijssen is typerend voor de vernieuwingsdrang die dominant was tijdens de eerste fase, die liep van grofweg 1965 tot 1975. Hervormingsdrang heerste indertijd zowel onder psychiaters als psychologen en psychiatrisch verpleegkundigen. De opnameafdeling Connolly van PZ Brinkgreven fungeert in dit boek als illustratieve casus voor deze hervormingsgezindheid in de Nederlandse klinische psychiatrie. Veel psychiatrische ziekenhuizen streefden ernaar zich om te vormen tot behandelcentra en op de werkvloer van de klinische psychiatrie leefde een breed protest tegen het medische karakter van de psychiatrische hulpverlening. De ideeën van kritische psychiaters fungeerden als katalysatoren in de heersende vernieuwingsdrang, doordat ze een verwoording gaven van de heersende onvrede met het ‘medisch model’

en bovendien een beschrijving boden van een ander soort psychiatrische hulpverlening, die gericht zou zijn op het zoeken naar de zin in de schijnbare waanzin van opgenomen mensen.

Een betere hulpverlening – zo dacht men indertijd op Conolly en ook op veel psychiatrische afdelingen elders in het land – zou gericht moeten zijn op de emotionele bevrijding en verzelfstandiging van cliënten, wier problemen immers niet medisch van aard waren maar het resultaat van problemen in de menselijke interactie. Er zat zin in de schijnbare waanzin. Dit idee werd door Laing het meest pregnant en provocatief verwoord, maar werd destijds ook door andere psychiaters en psychotherapeuten naar voren gebracht. De populaire gedachte dat de psychische crisis een doorbraak kon zijn, leidde er in de praktijk van de Nederlandse klinische psychiatrie echter zelden toe dat cliënten hun psychose zonder medicatie of andere therapeutische bemoeienis konden ‘doorleven’, zoals bijvoorbeeld op Kingsley Hall. Dit was voor sommige hulpverleners wel het ideaalbeeld en men probeerde het soms ook wel (zie bijvoorbeeld het geval van de ‘inktvissenman’ op Conolly), maar in de praktijk leverde het binnen een klinische setting problemen op om psychosen eindeloos te laten ‘bloeien’. Bovendien bleken de angst en verwarring van cliënten voor veel hulpverleners moeilijk aan te zien.

Uit mijn onderzoek blijkt dat de meeste hervormingsgezinde verpleegkundigen, psychologen en psychiaters in ons land vaker samen met de cliënt en gesteund door psychofarmaceutische medicatie op zoek gingen naar de zin in diens waanzin. Door veel te praten met de cliënt, en liefst ook met diens familieleden, probeerde men de psychosociale achtergronden bloot te leggen die ervoor hadden gezorgd dat iemand was vastgelopen in zijn leven. Ondertussen probeerden hulpverleners hun cliënten te motiveren om te ‘veranderen’. Mensen met psychische stoornissen werden, op Conolly en op veel lokaties elders, geprikkeld om hun gevoelens meer te uiten en zich los te maken van mensen die hen kwetsten of die hen niet de ruimte gaven om zichzelf te zijn. Kortom: cliënten werd geadviseerd om het heft van hun leven in eigen handen te nemen. Ze moesten ‘baas in eigen brein’ worden, zoals een bekende leus uit die tijd luidde. De psychotherapeutische behandelcultuur van de jaren zeventig stelde kortom een zware eis aan cliënten: zij moesten in feite *zichzelf* leren genezen.

Veel onderzoekers die hebben geschreven over de ‘antipsychiatrie’ beschouwen dit fenomeen als een aanval op de klinische psychiatrie die van buitenaf kwam. Zo was de ‘antipsychiatrie’ volgens de invloedrijke Canadese historicus Edward Shorter vooral favoriet onder marxistisch georiënteerde academici, die de psychiatrie gingen zien als ‘het controlerende wapen van “de bourgeoisie”’.³⁶ Andere historici zien de ‘antipsychiatrie’ eveneens vooral als onderdeel van de anti-autoritaire en psychedelische tijdgeest van de jaren zestig. Zo is vaak gewezen op de populariteit van Laing onder drugsgebruikende ‘hippies’, die de psychose gelijk een LSD-trip gingen beschouwen als een vorm van bewustzijnsverruiming.³⁷ De implicatie van deze historische opvatting is dat de ideeën van kritische psychiaters vooral gehoor vonden onder mensen die niet wisten waarover ze spraken. De kri-

tische psychiatrie zou een modegril zijn geweest onder leken, die geen weet hadden van de harde realiteit van geestesziekte. Cliënten van de intramurale psychiatrie vonden de denkbeelden van Foucault en Laing onzin, betoogt Shorter bijvoorbeeld.³⁸ Deze historische interpretatie van de ‘antipsychiatrie’ vertelt, zo wil dit boek dus laten zien, slechts een deel van het verhaal. Veel psychiaters, psychologen, psychiatrisch verpleegkundigen én cliënten bleken wel degelijk gecharmeerd van de aanval op het ‘medisch model’ binnen de klinische psychiatrie.

Tijdens de tweede fase van de Nederlandse ontvangst van de kritische psychiatrie, die liep van ongeveer 1975 tot 1985, verdween het ideaal van een emancipatoire psychiatrische hulpverlening gaandeweg naar de achtergrond. Het protest tegen de psychiatrische ziekenhuizen en het medisch model radicaliseerde en de gevoerde acties, bijvoorbeeld gericht tegen biologisch-psychiatrisch onderzoek, waren minder ludiek dan voorheen. Rond 1980 overheerste in ons land de roep om afbraak van de psychiatrische inrichtingen, onder het motto uit de Italiaanse democratische psychiatrie: ‘vrijheid is therapeutisch!’. Waarschijnlijk heeft deze meer extreme fase de manier waarop tegenwoordig wordt teruggedacht aan de periode van de ‘antipsychiatrie’ sterk gekleurd. Aan deze tweede fase wordt in dit boek naar verhouding minder aandacht besteed. Allereerst omdat de eerste fase het meest in de historische vergetelheid lijkt te zijn geraakt en ten tweede omdat deze eerste fase naar mijn mening inhoudelijk de meest interessante was. In deze periode draaide de kritische psychiatrie immers om de fundamentele vraag naar de aard van de ‘waanzin’ en om de wens ingrijpende veranderingen door te voeren in de therapeutische praktijk van de klinische psychiatrie.

In de rest van deze inleiding wordt eerst kort beschreven welke eerdere kritiek er, vóór de jaren zestig van de twintigste eeuw, te horen was op de klinische psychiatrie. Daarna wordt aandacht besteed aan de denkbeelden van critici als Szasz, Cooper en het SPK. Aan het eind van deze inleiding wordt tenslotte ingegaan op de bronnen die zijn gebruikt voor dit onderzoek en op de opzet van dit proefschrift.

1.2 De klinische psychiatrie onder vuur: een kort overzicht

Reeds lang voor de jaren zestig van de twintigste eeuw viel kritiek te horen op het functioneren van de klinische psychiatrie. Ook de term antipsychiatrie bestond al voor die tijd. Om precies te zijn werd hij voor het eerst gebruikt in 1912 door de Duitse psychiater Bernhard Beyer. Die telde in dat jaar maar liefst 170 publicaties die hij bestempelde als ‘antipsychiatrisch’.³⁹ Rond 1900 bestond er in Duitsland een uitgebreide horrorliteratuur over de ‘krankzinnigengestichten’, zoals psychiatrische inrichtingen destijds werden genoemd.⁴⁰ Voor het grootste deel betrof deze literatuur gevallen waarin ouders of echtgenoten familieleden lieten wegbergen in gestichten, bijvoorbeeld om aan hun geld te kunnen komen of om te kunnen hertrouwen. Een ander belangrijk thema betrof de wantoestanden binnen de ge-

stichten: martelingen die gepresenteerd werden als therapie, zoals koude stortbaden of roterende stoelen, en geweld en schofferingen door ‘oppassers’. In 1909 ontstond in Duitsland een organisatie die zich richtte op hervorming van de inrichtingspsychiatrie en die een tijdschrift uitbracht dat een oplage haalde van maar liefst tienduizend exemplaren.

Ook in andere westerse landen vond grofweg tussen 1870 en 1910 een eerste grote golf van kritiek op de inrichtingspsychiatrie plaats.⁴¹ De achtergrond hiervan was de gigantische toename van de gestichtsbevolking tijdens de negentiende eeuw.⁴² Publicaties van (ex-)patiënten speelden een belangrijke rol in het protest tegen de situatie in de inrichtingspsychiatrie. In de Verenigde Staten bijvoorbeeld publiceerde Elizabeth Packard in 1873 het invloedrijke *Modern persecutions, or insane asylums revealed*.⁴³ Ze wilde hiermee bewerkstelligen dat de rechtspositie van patiënten verbeterd werd en dat de controle op de klinische psychiatrie werd vergroot. Ze kreeg brede steun. Ex-patiënte Sophie Olsen vergeleek de psychiatrie met de Spaanse Inquisitie en lotgenote Adeline Lunt definieerde het fenomeen ‘gekkenhuis’ als een ‘plaats waar gekken worden gecreëerd’.⁴⁴ In 1880 werd in de Verenigde Staten de *National Association for the Protection of the Insane and the Prevention of Insanity* opgericht.⁴⁵

In ons eigen land publiceerde Johanna Stuten-te Gempt in 1892 een fel *J'accuse* over haar ervaringen in een Haags krankzinnigengesticht.⁴⁶ ‘Beulen’ noemde ze haar artsen. Met opium werd volgens Stuten-te Gempt kwistig gestrooid in het gesticht en patiënten verbleven in koude, stinkende isoleercellen. De oppassers waren ruw en werkten regelmatig met dwang en geweld.⁴⁷ Tien jaar later publiceerde de student geneeskunde E. Melster over zijn psychiatrische opname een vergelijkbaar pamflet, getiteld *Mishandelingen ondervonden in het Oude en Nieuwe Gasthuis, geneeskundig gesticht voor krankzinnigen te Zutphen* (1902).⁴⁸ In het Zutphense gesticht werd je niet beter maar juist zieker dan je al was, betoogde de auteur. Hij beschreef hoe het laaggeschoolde personeel hem uitschold en de arts totaal geen aandacht aan hem besteedde, omdat hij te veel patiënten onder zijn hoede had. Bovendien was er geen sprake van enige vorm van therapie, vond Melster.

De internationale horrorliteratuur over de gestichten bleek een dankbaar thema voor schrijvers en kunstenaars. In Parijs liep men in 1872 massaal uit om het toneelstuk *La Baronne* te gaan zien. Daarin heeft een psychiater een relatie met een getrouwde vrouw. De psychiater laat de echtgenoot van de vrouw gek verklaren en opnemen, om van hem af te zijn.⁴⁹ In het toneelstuk *Ijsbrand* (1908) van de Nederlandse schrijver Frederik van Eeden probeert een familie een rijk gezinslid weg te werken om zo diens bezit te kunnen inpikken. De familie krijgt hierbij hulp van een psychiater, die het bewuste gezinslid in een gesticht laat opnemen. Hoe fel en wijdverbreid de kritiek op de westerse klinische psychiatrie in deze periode ook was, het bestaan van geestesziekte of het nut van gestichten werd nog niet wezenlijk betwijfeld. De mening van de eerder genoemde student Melster is typerend voor deze eerste ‘antipsychiatrische’ periode. Ondanks zijn kritiek op

het gesticht in Zutphen wilde Melster 'geenszins' beweren, dat hij niet ziek was geweest. Maar, aldus Melster, 'dat is zeker, dat ik bij een behoorlijke behandeling in hoogstens een paar maanden geheel hersteld, de inrichting had kunnen verlaten.'⁵⁰ Het doel van deze eerste kritische beweging rond de klinische psychiatrie was het verbeteren van de controle op de opnameprocedures en de situatie in de gestichten.⁵¹ Het medische verklaringsmodel voor geestesziekten werd nog niet aangevallen; er werd zelfs regelmatig gepleit voor een meer natuurwetenschappelijke gerichtheid van de klinische psychiatrie.

1961: VARIANTEN VAN KRITIEK OP DE KLINISCHE PSYCHIATRIE

Juist deze natuurwetenschappelijke oriëntatie kwam onder vuur te liggen tijdens de tweede grote lawine van kritiek op de klinische psychiatrie, die begin jaren zestig loskwam. De kritische psychiatrie die toen ontstond, was radicaler en meer wijdverbreid dan het protest dat eind negentiende eeuw te horen was. Nieuw was ook het sterk cultuurkritische gehalte van de kritiek. Het jaar 1961 valt te beschouwen als beginjaar voor de twintigste-eeuwse kritische psychiatrie, al was er al voor die tijd al her en der felle kritiek te horen op de klinische psychiatrie, vooral onder kunstenaars en psychoanalytici. In ons land betoogde de Nederlandse gestichtsarts en psychoanalyticus August Stärcke (1880-1954) reeds in 1921 dat psychiaters zich in dienst stelden van de aanpassing van het individu aan de maatschappij. Zogenaamd normale burgers, aldus Stärcke, waren bang voor mensen die hun lusten en agressieve gevoelens te openlijk tentoon spreidden. Psychiaters waren dienstbaar aan die angst voor onbeheerst gedrag door onaangepaste mensen krankzinnig te verklaren.⁵² Dergelijke kritiek op de klinische psychiatrie was evenwel vaak een ondergeschikt thema binnen een bredere cultuurfilosofie.⁵³ In 1961 verschenen echter drie boeken die zich exclusief richtten op de aanval op de klinische psychiatrie. Ze waren het startsein voor een meer inhoudelijk uitgewerkt, wijd verbreid en radicaal protest tegen de klinische psychiatrie dan ooit tevoren was gehoord. Szasz publiceerde in dat jaar het provocerende *The myth of mental illness*, dat hem bijna zijn baan als hoogleraar psychiatrie kostte. Zoals de titel al aangeeft, betoogde Szasz in dit boek dat geestesziekte in medische zin, dus als erfelijk bepaalde biologische of neurologische afwijking binnen het individu, niet bestond. 'Geestesziekte', concludeerde hij, 'is niet te vinden in de natuurlijke werkelijkheid, maar het is een gedrag dat door de onderzoeker tot ziekte wordt verklaard.'⁵⁴ De psychiatrie was volgens Szasz geen medische wetenschap maar een sociaal beheersinstrument. Mensen die gedrag vertoonden dat niet strookte met heersende normen werden voor gek verklaard. Szasz vergeleek geesteszieken met heksen en ketters, en psychiaters met Inquisiteurs.

Szasz ontkende niet dat er mensen waren die leden aan hevige angsten of depressies, maar hij sprak in dit verband van 'levensproblemen'. In navolging van de Franse existentialisten Albert Camus en Jean-Paul Sartre beschouwde Szasz het

bestaan als een tragische strijd zonder hoop op vooruitgang van de *condition humaine*.⁵⁵ Binnen dit absurde leven zonder zin was het de taak van ieder mens zich te ontwikkelen tot een autonoom en verantwoordelijk wezen, ofwel 'moral man' zoals Szasz het aanduidde. Mensen aanpraten dat hun levensproblemen het gevolg waren van een lichamelijke aandoening, vond Szasz kwalijk. Het ontkende dat mensen zelf verantwoordelijk zijn voor de keuzen die ze maken tijdens hun leven.

Overigens was ook Laing beïnvloed door de existentialistische filosofie van Sartre, die hem naar eigen zeggen de ogen had geopend voor de schadelijke invloed van sociale processen op het individuele psychische welzijn. Individuen werden gedwongen zich aan te passen aan de mores binnen een bepaalde groep en mensen lieten zich in hun waarneming van anderen leiden door vooroordelen en stereotypen, waardoor ze de individualiteit van anderen geweld aandeden.⁵⁶ Sartre sympathiseerde op zijn beurt ook met Laing. In 1964 schreef hij in een introductie bij een van diens boeken: 'Ik beschouw geestesziekte als een uitweg die het vrije individu [...] kiest om te overleven in een ondraaglijke situatie.'⁵⁷ Elders verklaarde Sartre: 'Ik denk dat professor Laing op zoek was naar een theorie die vrijheid voorop stelde [...] en waanzin beschouwt als een levenswijze die even verdedigbaar is als die van ons, zij het dat hij kan leiden tot totale passiviteit en tot veel pijn. Laing neemt mensen voor wat ze zijn, niet als gekke mensen versus gezonde mensen, maar gewoon als mensen, waarvan sommigen een bepaald punt van ellende en wanhoop bereiken, en anderen dat punt vermijden'.⁵⁸

Eveneens in 1961 verscheen *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates* van de hoogleraar sociologie Goffman.⁵⁹ Ten behoeve van dit boek had Goffman gebruik gemaakt van een jaar lang participerende observatie in het St. Elisabeth's Hospital in Washington D.C. Het aantal Amerikanen dat in een openbare inrichting verbleef, bereikte midden jaren vijftig met 559.000 opgenomen mensen een historisch hoogtepunt.⁶⁰ In het jaar dat Goffman in St. Elisabeth's werkte (1955/56), woonden hier maar liefst zevenduizend patiënten. Terwijl hij zich voordeed als assistent-bewegingstherapeut, deed Goffman zijn best om te doorgronden hoe de patiënten het ziekenhuisbestaan ervoeren. Hij kwam tot de conclusie dat het gestichtsbestaan mensen vrijwel totaal beroofde van hun eigen identiteit. Eenmaal opgenomen 'verdwenen' mensen in de patiëntenrol door de uniformiteit en vernederingen van het bestaan in een psychiatrisch ziekenhuis.

De patiëntenrol was mensen overigens al opgedrongen voordat ze in het ziekenhuis terechtkwamen, dacht Goffman. Door een combinatie van psychische problemen en aanstootgevend gedrag begon een proces van sociale uitstoting, dat werd gelegitimeerd door iemand als 'patiënt' te bestempelen. Het werk van Goffman past binnen de zogenaamde 'school of deviance': een stroming binnen de Amerikaanse sociologie die ontstond in de jaren vijftig en die zich bezighield met maatschappelijke uitsluitingsprocessen.⁶¹ Goffman introduceerde de invloedrijke termen medisch model en hospitalisatie.⁶² Met de eerste term doelde hij op de

modellering van de psychiatrische praktijk naar het voorbeeld van de algemene ziekenhuizen, hetgeen leidde tot het gebruik van patiëntendossiers, uniformen voor het personeel, een nadruk op het stellen van diagnoses, lichamelijk onderzoek en bedverpleging. Volgens Goffman plaatste het medische model patiënten in een *no-win* situatie. Alle verzet dat men pleegde, werd geduid als ziektesymptoom. Om het ziekenhuis weer uit te komen, moest iemand erkennen ziek te zijn en zich aanpassen aan het gedrag dat van patiënten werd verlangd: rustig, gehoorzaam en arbeidzaam. Deze ‘vervreemdende morele slavernij’, besloot Goffman, leidde tot hospitalisatie: de patiënten werden zo onzeker en afhankelijk dat ze op het laatst niet eens meer naar buiten *wilden*.⁶³

Tot slot verscheen in 1961 een derde invloedrijke studie, *Folie et déraison; histoire de la folie (Geschiedenis van de waanzin)* van de Franse filosoof Foucault.⁶⁴ Die betoogde dat in de loop van de zeventiende en achttiende eeuw allerlei marginalen uit de Europese samenleving werden gestoten en opgesloten in bewaarhuizen: werklozen, zwervers, criminelen en ook ‘gekken’. Hun gebrek aan economisch rendement en hun excentrieke gedrag pasten niet bij de nadruk die men in het tijdperk van de Verlichting legde op rationaliteit, orde en productiviteit. Waanzin werd dé antithese van de heersende maatschappelijke moraal, zo stelde Foucault, en geesteszieken groeiden uit tot maatschappelijke zondebokken, zoals in de middeleeuwen heksen en ketters dat waren.

‘AUS DER KRANKHEIT EIN WAFFEN MACHEN’

De term antipsychiatrie stak eind jaren zestig zoals gezegd weer de kop op door de publicatie van *Psychiatry and anti-psychiatry* (1967) van Cooper.⁶⁵ Cooper beschreef in dit boek hoe hij een door hem geleide afdeling van een Londens psychiatrisch ziekenhuis omvormde tot ‘Villa 21’: een therapeutische gemeenschap en ‘experiment in antipsychiatrie’. Het doel was om de ‘invalidisering’ en hospitalisatie van patiënten tegen te gaan. Gangbare hiërarchieën schafte Cooper af. Verzorgen en behandelen in de traditionele medische zin des woords deden hij en zijn medewerkers niet langer, hetgeen tot grote weerstanden leidde in het ziekenhuis. Na publicatie van Coopers boek werd allerlei kritiek op de klinische psychiatrie al snel door journalisten samengebracht onder de noemer ‘antipsychiatrie’. Ook internationaal kreeg deze pakkende term grote bekendheid. Hij werd niet alleen gebruikt in de media, maar ook door mensen die sympathiseerden met de ideeën van Laing, Cooper of Szasz.

In de psychiatrische universiteitskliniek van Heidelberg bijvoorbeeld organiseerde de vernieuwingsgezinde psychiater-in-opleiding Wolfgang Huber rond 1970 niet alleen werkgroepen over marxisme, seksualiteit en opvoeding maar ook over ‘de antipsychiatrie’.⁶⁶ Rondom Huber ontstond het radicale SPK, een groep cliënten van de Heidelbergse universiteitskliniek.⁶⁷ Iemand die in psychiatrische termen leed aan paranoïde wanen, zo betoogde het SPK in zijn pamflet *Aus der Krankheit ein Waffen machen* (1972), koesterde een terechte achterdocht. De vage

dreiging die hij voelde, was gebaseerd op een reële maatschappelijke situatie: binnen het kapitalisme was zijn leven slechts een ‘afvalproduct [...] in de massale vergaring van meer kapitaal.’ Iemand die bang was vermoord te worden, was volgens het SPK dus niet gek: hij had gelijk. Men hoefde hem alleen nog duidelijk te maken, waaróm hij gelijk had. Dan, aldus het SPK, kon de onbestemde angst zich omzetten in gerichte woede en werd hij een wapen.⁶⁸

In Duitsland was de kritische psychiatrie doorspekt met vergelijkingen met de nazitijd.⁶⁹ Tijdens de Tweede Wereldoorlog waren zo’n tweehonderdduizend Duitse geesteszieken omgebracht in het kader van een grootschalig ‘euthanasieprogramma’.⁷⁰ Begin jaren zeventig betoogden critici dat dit nationaal-socialistische euthanasieprogramma de psychiatrie indertijd niet met dwang hoefde te worden opgelegd, want de ‘vernietiging van het rebellerend onderbewustzijn’ was de fundamentele bezigheid van de klinische psychiatrie.⁷¹ Ook het SPK-pamflet bevatte vele verwijzingen naar de Tweede Wereldoorlog.⁷² Zowel het concentratiekamp als de psychiatrische inrichting, schreef men bijvoorbeeld, was een uitvergroting van het burgerlijke gezin. ‘Bloemen op de binnenplaatsen van [...] psychiatrische inrichtingen, en geraniums voor de ramen van de barakken in Auschwitz; en welke geneesheer-directeur weet bij feestelijke gelegenheden niet te melden: “We zijn één grote familie!”’⁷³ In de zomer van 1971 ontruimde de Duitse overheid met veel machtsvertoon de woningen van enkele SPK-leden.⁷⁴ De officiële aanklacht luidde: verdenking van deelname aan een criminele organisatie, het vervaardigen van explosieven en het vervalsen van documenten. Na een dramatisch proces – waarbij Huber op een brancard de rechtszaal werd binnengedragen omdat hij weigerde vrijwillig te verschijnen – werden Huber en zijn vrouw voor respectievelijk viereenhalf en vier jaar de gevangenis in gestuurd.⁷⁵

Na Amerika, Engeland en Duitsland werd in de jaren zeventig Italië een belangrijke bron van kritiek op de klinische psychiatrie. Psychiater Basaglia begon daar in 1971 met de ontmanteling van psychiatrisch ziekenhuis San Giovanni in Triëst. Deze openbare inrichting herbergde eind jaren zestig ruim 1200 patiënten.⁷⁶ In 1977 verbleven er nog maar 450 mensen.⁷⁷ In Triëst waren als alternatieve vormen van opvang zes ‘gemeenschapscentra’ opgericht, laagdrempelige voorzieningen met een woonkamerfunctie. ‘Vrijheid is therapeutisch’, aldus een leus die op de muren van San Giovanni was gekalkt. Het psychiatrische bolwerk diende in zijn geheel te worden afgeschaft, vonden de meest radicale Italiaanse critici.⁷⁸

1.3 Bronnen en opzet

Voor dit boek is gebruik gemaakt van een scala aan bronnenmateriaal. Uiteraard zijn vakbladen bestudeerd, zoals het *Tijdschrift voor Psychiatrie (TvP)* en het *Maandblad voor Geestelijke volksgezondheid (MGv)*, evenals boekpublicaties van psychiaters. Verder is gezocht in het archief van de *Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie* en dat van de *Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksge-*

zondheid. Voor het perspectief van de cliënten van de klinische psychiatrie is gekeken naar egodocumenten uit de jaren zeventig van mensen die opgenomen zijn geweest, naar het *Bulletin van de Cliëntenbond* en naar brieven van (ex-)cliënten van de intramurale psychiatrie in de *Gekkenkrant*.

Voor het onderzoek naar de evenementen op de ‘werkvloeren’ van psychiatrische inrichtingen vond ik informatie in de psychiatrische literatuur en archieven, in het archief van de psychiatrische tegenbeweging en in reportages die journalisten indertijd maakten over de klinische psychiatrie. Vooral gedenkboeken over psychiatrische inrichtingen in Nederland vormden echter een rijke bron van informatie. Nederland telde begin jaren zeventig 39 psychiatrische ziekenhuizen, met een totaal van 25.867 bedden in 1970 en 22.345 in 1977.⁷⁹ Daarnaast bestonden er zeven universitair-psychiatrische klinieken en enkele tientallen PAAZ-en (psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen). Het was uiteraard onmogelijk om in dit boek recht te doen aan de ontwikkelingen op al deze lokaties. Wel is de historische kennis over de ontwikkelingen binnen de intramurale psychiatrie de afgelopen decennia aanzienlijk uitgebreid, door de publicatie van een groot aantal gedenkboeken over psychiatrische ziekenhuizen.⁸⁰

Naast een globale beschrijving van de ontwikkelingen in de Nederlandse intramurale psychiatrie als geheel, is in dit boek zoals gezegd gekozen voor het uitdiepen van een casus: de afdeling Conolly van PZ Brinkgreven. De gebeurtenissen daar zijn niet alleen typerend voor de vernieuwingsdrang en het therapeutisch optimisme binnen de Nederlandse klinische psychiatrie van de jaren zeventig, ze bleken bovendien goed gedocumenteerd. Zo schreven toonaangevende behandelaren op Conolly een boek over de gebeurtenissen op hun afdeling tussen 1969 en 1976.⁸¹ Voor het onderzoek naar Conolly en PZ Brinkgreven als geheel is verder gebruik gemaakt van interviews met hulpverleners die er indertijd werkzaam waren, hun persoonlijke archieven, het directiearchief van Brinkgreven en materiaal van de opleiding voor psychiatrisch verpleegkundigen in Brinkgreven. Ook is een steekproef genomen van vijftig patiëntendossiers van mensen die op Conolly waren opgenomen in de periode 1969-1979. De dossiers uit deze steekproef zijn eerst geanonimiseerd alvorens tot inzage werd overgegaan. De namen van de in dit boek genoemde personen die tijdens de jaren zeventig op Conolly waren opgenomen, zijn dus gefingeerd. Om herkenning te voorkomen zijn bovendien soms biografische details gewijzigd.

Wat de culturele context van de klinische psychiatrie betreft zijn artikelen verzameld uit landelijke kranten en opiniebladen.⁸² Ook is een aantal films gebruikt als bron omdat daarin kritiek op de klinische psychiatrie het dominante thema vormde: *Family Life*, een film van regisseur Ken Loach uit 1972; *Toestanden* uit 1976, naar het gelijknamige toneelstuk uit 1972 van Het Werkteater; *Kind van de zon* van regisseur René van Nie uit 1975; en ten slotte de kaskraker *One flew over the cuckoo's nest* uit datzelfde jaar, van regisseur Milos Forman. Ook recensies van deze films zijn opgezocht.⁸³ Zelfs een kinderboek van Annie M.G. Schmidt, *Otje* (1980), bleek voor dit onderzoek relevant. Verder zijn toonaangevende publicaties

bestudeerd van organisaties uit de psychiatrische tegenbeweging, zoals de *Gekkenkrant* en *'t Narreschip*. Het archief van de Nederlandse psychiatrische tegenbeweging, dat zich bevindt in het Internationaal Instituut voor Sociale Geschiedenis (IISG) te Amsterdam, is ook geraadpleegd. Verder bestaan er over de psychiatrische tegenbeweging diverse publicaties; daarvan is dankbaar gebruik gemaakt.⁸⁴

OPZET VAN HET BOEK

Het boek begint met een hoofdstuk dat beschrijft hoe de kritische psychiatrie begin jaren zeventig van de vorige eeuw een culturele rage werd in ons land. Met name Laing en Foudraïne waren hier zeer populair. De enthousiaste ontvangst van hun ideeën wordt geplaatst binnen de destijds heersende cultuurkritiek en vernieuwingsdrang in ons land. In de daaropvolgende drie hoofdstukken is de blik gericht op de ontwikkelingen binnen de Nederlandse intramurale psychiatrie, waarbij steeds wordt gekeken welke rol de receptie en verwerking van de kritische psychiatrie hierin speelde en welke raakvlakken de veranderingen in de klinische psychiatrie hadden met bredere culturele en maatschappelijke processen. Hoofdstuk 3 beschrijft hoe hulpverleners op Conolly tussen 1969 en 1979 een intensieve poging ondernamen om het 'medisch model' in de behandeling van opgenomen patiënten te vervangen door een 'sociaal model', zoals ze het zelf omschreven. In hoofdstuk 4 worden de roerige ontwikkelingen op Conolly geplaatst binnen de context van de gebeurtenissen in psychiatrisch ziekenhuis Brinkgreven als geheel, vanaf de vroege jaren zestig. In hoofdstuk 5 worden de gebeurtenissen op Conolly en Brinkgreven vervolgens gezien als onderdeel van behandelculturen in de Nederlandse klinische psychiatrie als geheel tijdens de jaren zeventig, waarbij ook kort wordt teruggeblikt op de jaren vijftig en zestig.

In hoofdstuk 6 verbreedt de blik zich nog verder tot het landelijke debat over de klinische psychiatrie. Beschreven wordt hoe dit debat rond de klinische psychiatrie na 1975 steeds meer gepolariseerd raakte. Het gedachtegoed van de kritische psychiatrie was inmiddels diep doorgedrongen in de Nederlandse cultuur. Anderzijds kwam indertijd de zogenaamde 'anti-antipsychiatrie' op: de publieke verdediging door psychiaters van het medisch model en de psychiatrische inrichtingen. Ook ouders van mensen met psychiatrische problemen sprongen in de bres voor het medisch model. Ondertussen radicaliseerden de uitingen van de psychiatrische tegenbeweging, die na een laatste bloeiperiode begin jaren tachtig langzaam gemarginaliseerd raakte. Ten slotte komt, na een samenvatting van de belangrijkste conclusies over de plaats van de kritische psychiatrie binnen het geheel van ontwikkelingen in de klinische psychiatrie tussen 1965 en 1985, in een epiloog de erfenis van de kritische psychiatrie na 1985 kort aan bod.

De ziekmakende samenleving

Kritische psychiatrie en het streven naar een welzijnsrevolutie, 1970-1975

Begin jaren zeventig wandelde zanger Ramses Shaffy het terrein op van psychiatrisch ziekenhuis Santpoort. Shaffy ging een rol spelen in de film *Kind van de zon*, waarin een meisje ernstig in de war raakt en in een inrichting wordt opgenomen. De opnames voor deze film, die in 1975 in de bioscopen zou draaien, vonden deels plaats in Santpoort. In een interview vertelde Shaffy over zijn bezoek aan deze inrichting: ‘Ik zie het nog voor me. Het is een uur of drie ’s middags, een prachtige dag en veel patiënten lopen ook buiten, over die paden. En ik keek naar die mensen en zij keken naar mij. En opeens, als in een flits, wist ik wat schizofrenie was. Ik voelde wat die mensen voelden. Ik werd zélf schizofreen, ik werd zat van alle mensen, wilde alleen zijn, en met niemand ook maar iets te maken hebben.’¹

De uitspraak van Shaffy is kenmerkend voor de groeiende identificatie met psychiatrische patiënten begin jaren zeventig, toen de kritische psychiatrie een nationale rage werd. In het kielzog van Laing en Foudraine gingen ook journalisten, welzijnswerkers, kunstenaars en sociale wetenschappers betogen dat geesteszieken niet ziek waren in hun hersenen, maar in hun hart. Ze leden net als veel anderen onder de ‘vervreemding’ in de Nederlandse samenleving, ofwel het gebrek aan individuele vrijheid en persoonlijk contact tussen mensen. Psychiatrische patiënten werden gebombardeerd tot slachtoffers van de ziekmakende Nederlandse maatschappij. Zo stond op de achterflap van Foudraine’s succesvolle *Wie is van hout...* te lezen: “Geestelijk gestoorden” zijn de luidspreekers waaruit de kwalen van onze tijd misschien het duidelijkst weerklinken.’

Tegelijkertijd werden geesteszieken hun medemensen tot voorbeeld gesteld vanwege hun intense gevoelsleven. Instemmend citeerde Foudraine een therapeut die beweerde jaloers te zijn op ‘mensen die fors krankzinnig zijn geweest’ en die ooit tegen een patiënt zei: ‘Je haalt ook wat uit het leven. Je bent in ieder geval niet dood zoals zoveel mensen die met een akentas rondlopen.’² Journaliste Emmy van Overeem schreef over een psychotische vriendin, die enige tijd bij haar in huis woonde: ‘Hier gebeurde iets heiligs. Het was allemaal echt en zuiver, maar

duizelingwekkend eenzaam en diep. Ik onderging het als een soort uitverkiezing deze reis uit de verte te mogen meemaken.³ In de terminologie van de Amerikaanse filosoof Susan Sontag werd waanzin een metafoor voor heersende cultuurkritiek. Iedere tijd, aldus Sontag, heeft een ziekte waarop alle vermeende euvels van de samenleving worden geprojecteerd.⁴ Tijdens de jaren zestig en zeventig van de twintigste eeuw werden geesteszieken, net als TBC-lijdende mensen in de negentiende eeuw, gezien als gevoelige en hartstochtelijke mensen die de verschrikkingen van het alledaagse leven niet konden verdragen – hetgeen hen sierde.

De vertaalde boeken van Laing, Cooper en Szasz vlogen vanaf 1969 over de toonbank. Vooral Laings boeken *Het verdeelde zelf* en *Strategie van de ervaring*, en Coopers *Psychiatrie en anti-psychiatrie* verkochten goed.⁵ Foudraine's *Wie is van hout...* (1971) was een bestseller. Op televisie en radio en in alle kranten en tijdschriften, van *de Volkskrant* tot en met het *Algemeen Dagblad* en van *Vrij Nederland* tot en met de *Nieuwe Revu*, verschenen ervaringsverhalen van (ex-)patiënten en kwamen kritische psychiaters, sociologen en andere betrokkenen aan het woord. Een film die was gebaseerd op het Laingiaanse gedachtegoed, te weten *Family Life* van regisseur Ken Loach, trok in 1973 volle zalen. Het protestblad *de Gekkenkrant*, dat in datzelfde jaar ontstond en uitgroeide tot hét landelijke forum voor kritiek op de klinische psychiatrie, haalde al snel een oplage van achtduizend exemplaren.⁶ Midden jaren zeventig werden zelfs in jeugdhonken in de Zaanstreek discussieavonden georganiseerd over de 'antipsychiatrie'.⁷

Dit hoofdstuk beschrijft de opbouw van de Nederlandse rage rond de kritische psychiatrie in ons land en biedt een typering van de thema's die dominant waren binnen de Nederlandse aanval op de klinische psychiatrie. Verder wordt nagegaan op welke punten de kritiek op de klinische psychiatrie inhoudelijk verweven was met aspecten van de breder heersende culturele vernieuwingsdrang rond 1970. Het streven naar psychiatriehervorming, zo zal blijken, was onderdeel van een breder verlangen naar maatschappijhervorming. Het betoog van kritische psychiaters als Cooper, Szasz, Laing en Foudraine haakte aan bij het indertijd gevoerde pleidooi voor vrijheid, gelijkheid en openheid. Kritische psychiaters gaven bovendien een nieuwe draai aan de heersende culturele vernieuwingsdrang door deze te kanaliseren in de richting van het gezin. De zo verheerlijkte hoeksteen van de samenleving was in feite een uitvoering op micro-niveau van de ziekmakende westerse samenleving, betoogden met name Cooper, Laing en Foudraine.

2.1 Kritische psychiatrie in Nederland: een pleidooi voor psychotherapie in de klinisch-psychiatrische praktijk

Binnen de Nederlandse kritiek op de klinische psychiatrie vormde het betoog voor meer individuele vrijheid en mogelijkheden tot zelfontplooiing de rode draad. Psychische problemen waren volgens critici het gevolg van een door sociale

omstandigheden gefrustreerd proces van zelfontplooiing. Drie varianten van dit zelfontplooiingsideaal werden verwoord rond 1970: een psychedelische, een politieke en een psychotherapeutische. Uiteraard hingen deze drie varianten in veel gevallen nauw met elkaar samen. Toch worden ze in deze paragraaf, ter verduidelijking van de thematiek binnen de kritiek op de klinische psychiatrie, inhoudelijk van elkaar onderscheiden.

BEWUSTWORDING

In 1962 wees onderzoek uit dat er onder de Nederlandse bevolking een negatief beeld heerste van ‘gekken’. Die zouden zeer gevaarlijk zijn en veel seksuele delicten plegen. Veel geïnterviewden zagen een gebrek aan wilskracht als de voornaamste oorzaak voor psychische stoornissen.⁸ Eind jaren zestig lanceerde de Stichting Pandora een voorlichtingscampagne om het slechte imago van mensen met een psychiatrisch verleden te verbeteren. Pandora richtte zich hierbij expliciet op jongeren. De Stichting organiseerde vanaf 1968 excursies voor middelbare scholieren naar psychiatrische inrichtingen. Ook maakte Pandora een poster met daarop de tekst: ‘Waarom gek? Omdat ’ie anders is?’⁹

De psychedelische *lay-out* van deze poster was een schot in de roos. Voormannen van de psychedelische revolutie waren vroeg in hun ontdekking van Laing en Cooper. De drugsprofeten Simon Vinkenoog en Ewald Vanvugt bezochten in 1967 in Londen een door Laing en Cooper georganiseerd congres, ‘The Dialectics of Liberation’. Ook de redactie van het Amsterdamse psychedelische *underground*-tijdschrift *Witte krant/de papieren tijger* was daar aanwezig.¹⁰ Het feit dat Laing in Engeland een bekend pleitbezorger was van de legalisering van cannabis, terwijl hij ook openlijk praatte over zijn gebruik van het sterk psychedelische middel LSD, speelde ongetwijfeld een rol in de belangstelling van Nederlandse ‘psychonauten’ voor Laings gedachtegoed. Op het congres in Londen traden allerlei indertijd beroemde cultuurcritici op, onder wie de Amerikaan Herbert Marcuse. Marcuse betoogde dat de conformistische, materialistische westerse samenleving ‘ééndimensionale mensen’ opleverde, die uitsluitend gericht waren op presteren en bezit, en die het contact met hun gevoel en met elkaar dreigden te verliezen.

Ook Laing betoogde in zijn boek *The politics of experience* dat de moderne mens vervreemd was van zichzelf. Hij omschreef deze ‘vervreemding’ als volgt. ‘Wanneer wij onze persoonlijke wereld herontdekken’, aldus Laing, ‘dan treffen we eerst een slachting aan. Half dode lichamen; genitaliën los van het hart; hart gescheiden van het hoofd; hoofden gescheiden van genitaliën. [...] Een mens, afgesneden van zijn eigen geest, eveneens afgesneden van zijn eigen lichaam – een half verbijsterd schepsel in een waanzinnige wereld.’¹¹ De gewone mens is een ‘verschrompeld en uitgedroogd fragment’ van wat een mens zou kunnen zijn, dacht Laing.¹² In 1967 preeks Vinkenoog *The politics of experience* in de *Witte krant/de papieren tijger* aan als een boek dat de lezer in staat stelde ‘voorbij nor-

maal en abnormaal te zien; een scheiding die niet bestaat.¹³

Laings en Coopers kritische psychiatrie was nauw verweven met het protest tegen het consumentisme en materialisme dat in de jaren zestig opklonk in Amerika en West-Europa, en met de daarmee samenhangende roep om bewustzijnsverruiming. In ons land betoogden de Provo's, een anarchistische groepering uit Amsterdam, dat de meeste Nederlanders in een soort halfslaap verkeerden. Ze spraken van 'één, groot, grijs klootjesvolk van verslaafde consumenten' en van een 'apathiese, afhankelijke, geestloze troep kakkerlakken'.¹⁴ Een groepje Amsterdamse Kabouters – opvolgers van de Provo's – ontwikkelde rond 1970 plannen voor een 'Werkplaats voor Levenskunst': een alternatieve kliniek voor mensen met psychische problemen, waar vrijelijk kon worden getript op LSD en waar hulpverleners en patiënten niet van elkaar te onderscheiden zouden zijn.¹⁵ De ontwerpers van het plan waren geïnspireerd door Laing en door de Amerikaanse LSD-goeroe Timothy Leary. Hun Werkplaats zou overigens nooit van de grond komen.

Psychedelische middelen als hasj en LSD werden binnen de drugscultuur van de jaren zestig beschouwd als bondgenoten van de individuele bewustwording.¹⁶ Kalmeringsmiddelen (waaronder naast de tranquillizers ook alcohol werd geschaard) stonden daarentegen te boek als vijanden hiervan.¹⁷ Het protest van Laing en Cooper tegen psychofarmaca, alsmede Laings visie op de psychose als reis door het innerlijk die kon leiden tot een verhoogd bewustzijn, sloot naadloos aan bij dit streven naar bewustzijnsverruiming. Het betoog van zowel Laing als de Provo's dat de mensheid in een soort lethargische halfslaap verkeerde, kon moeiteloos worden getransponeerd naar het gebruik van psychofarmaca in de klinische psychiatrie. Jacqueline van der Post, lid van de redactie van de *Gekkenkrant*, betoogde in dat blad dat psychische problemen werden bedekt onder een laag medicijnen omdat het de samenleving als geheel beter uitkwam als mensen niet te veel nadachten. Van der Post: 'Als het aan de maatschappij ligt, "slaapt" iedereen in, dan lijkt het net alsof we allemaal tevreden zijn.'¹⁸

SPONTANE ZELFONTPLOOIING

Kritiek op de vermeende geestelijke verstarring van de Nederlander stond ook centraal in de zogenaamde 'Dennendal-affaire'. Die voltrok zich in het voorjaar van 1971.¹⁹ Dennendal was een zorginstelling voor zwakzinnigen in de bosrijke omgeving van Den Dolder en een onderdeel van de Utrechtse psychiatrische inrichting de Willem Arntsz Stichting. Sinds 1969 was psycholoog Carel Muller directeur van Dennendal. Onder invloed van onder andere de ideeën van Goffman en Laing wilde hij Dennendal omvormen tot een democratische leefgemeenschap, waar spontane zelfontplooiing centraal stond. Hulpverleners en 'pupillen' moesten vooral samen mens zijn. Opvallend veel pacifisten kwamen op Dennendal hun vervangende dienstplicht vervullen onder het motto, aldus onderzoekster Evelien Tonkens, 'weiger dienst en kom oorlog voeren op Dennendal.' Voor sommigen van hen, betoogt Tonkens, was het vechten voor een meer humane vorm

van zorg een manier om alsnog het verzet te plegen dat hun ouders tijdens de Tweede Wereldoorlog hadden nagelaten.²⁰

De omslag op Dennendal verliep niet zonder slag of stoot. Sommige verpleegkundigen vonden de ‘Mullerianen’ egocentrisch, met hun onderlinge vrijages en drugsgebruik. De zwakzinnigen zouden verwaarloosd worden. Toen een van deze critici een rapport schreef dat uitlekte naar *De Telegraaf* groeide de consternatie op Dennendal uit tot een nationaal schandaal. ‘Moord in een complete alternatieve kaboutermaatschappij’, kopte *De Telegraaf*. ‘Hippies’ zouden verantwoordelijk zijn voor de verdrinkingsdood van een patiënt. De linkse pers stortte zich massaal op de zaak. Terwijl de overheid een onderzoek startte naar de situatie op Dennendal (dood door schuld werd uiteindelijk niet bewezen geacht) verhieven journalisten de ‘Dennendal-affaire’ tot een kwestie van nationaal gewicht. ‘De hoogste waarden stonden op het spel’, schreef Heerma van Voss van weekblad de *Haagse Post* achteraf. Het ging om ‘vrijheid en gevoel’.²¹ Door sommige commentatoren werden verstandelijk gehandicapten verheerlijkt als een beter soort mens. ‘Ze hebben geen masker. Ze kijken naar je, zonder beleefd te lachen. Of zonder weer voor zich te kijken omdat jij ook kijkt’, schreef een journalist.²² Een hulpverlener van Dennendal zag bij zwakzinnigen ‘dingen [...] waarvan je je realiseert dat je ze kwijtgeraakt bent en hebt ingeleverd om overeind te blijven. Het charmante, het ontroerende, het naïeve, ook het agressieve en bijna dierlijke, het ontwapenende, het compromisloze [...]’.²³

De Mullerianen wonnen dit eerste conflict (in 1974 zou een tweede volgen). Het bestuur van de Willem Arntsz Stichting, dat Carel Muller aanvankelijk had geschorst, trad onder druk van vernieuwingsgezind personeel en de publieke opinie af. Muller kon zijn ‘leefgemeenschap’ voortzetten. Alhoewel de Dennendal-affaire zich afspeelde binnen de zwakzinnigenzorg, is hij ook van groot belang geweest voor de beeldvorming over de intramurale psychiatrie. In Dennendal ging het weliswaar om verstandelijk gehandicapten en niet om volwassenen met psychiatrische problematiek, maar het is de vraag in hoeverre het grote publiek rond 1970 kennis had van het verschil tussen beide categorieën patiënten. In psychiatrische inrichtingen waren zwakzinnigen en mensen met psychiatrische stoornissen immers lange tijd samen verpleegd. Na de Tweede Wereldoorlog was er gaandeweg een scheiding van zorgcircuits ontstaan, maar begin jaren zeventig verbleven zwakzinnigen en psychiatrisch patiënten nog steeds vaak in één instelling. De Dennendal-affaire straalde aldus uit naar de intramurale psychiatrie als geheel en richtte de aandacht van het publiek op deze sector als terrein waar een cruciale strijd werd uitgevochten over het recht op zelfontplooiing – en blijkbaar met succes.

VERZETSTHERAPIE

Een meer politieke variant van kritische psychiatrie ontstond begin jaren zeventig en was georiënteerd op het Duitse SPK (zie Inleiding). In 1972 ontstond het Ne-

derlandse ‘Solidariteitscomité SPK’. Twintig leden hiervan vertrokken in november 1972 naar Heidelberg voor een *teach-in* van het SPK. Lange discussies werden daar gevoerd met ‘tamelijk verbitterde Duitsers’, in een gebouw waarop met grote letters RAF was geklad.²⁴ SPK-sympathisant en lid van de Communistische Partij Nederland Tony Hak herinnerde zich: ‘Het was heel fout wanneer je jezelf gezond achtte – je moest jezelf als ziek erkennen en daarna tegen de ziekte, het kapitaal, ten strijde trekken. Patiënten werden gezien als de enige echte revolutionaire klasse, de enigen die het echt zagen. De stoornis, de psychose, was een revolutionaire daad.’²⁵

Ook in Nederland was de herinnering aan de holocaust een belangrijk thema. Zo schreef psychiater Sjef Teuns, een van de meest actieve leden van het Solidariteitscomité, in 1972: ‘Concentratiekampen, gevangenis en psychiatrische inrichtingen – zo ze al niet direct fysieke vernietiging beogen, een psychiatrische vernietiging brengen ze in ieder geval teweeg, door stigmatisering, isolering, vereenzaming, repressie, terreur, traumatisering en depersonalisatie.’²⁶ Na een drukbezocht symposium in 1973, getiteld *De psychiatrische patiënt vogelvrij?*, schreef een groep psychiatrisch verpleegkundigen emotioneel: ‘Gaan we nú iets doen, of zeggen we straks ook: “Wir haben es nicht gewusst?”’²⁷

Onder de Nederlandse sympathisanten met het SPK bevonden zich veel linkse academici uit de Bond voor Wetenschappelijke Arbeiders (BWA), die wetenschappers bewust wilde maken van de politieke context van hun werk. Kritische artsen uit de BWA, onder wie de psychiater Wijnand Sengers, waren tot 1973 zeer actief in het creëren van aandacht voor de kritische psychiatrie, onder meer door het organiseren van bijeenkomsten over het gedachtegoed van het SPK. Ook binnen het circuit van de ‘alternatieve hulpverlening’ bestond veel sympathie voor het SPK: onder medewerkers van de Stichting *Release* bijvoorbeeld en binnen Jongeren Advies Centra (JAC’s). De alternatieve hulpverlening was rond 1970 ontstaan vanuit het reguliere welzijnswerk, onder meer als gevolg van de komst van nieuwe probleemgroepen: weggelopen jongeren, vrouwen die om abortus kwamen vragen of mensen met drugsproblemen. Alternatieve hulpverleners stelden solidariteit met deze hulpvragers voorop en keerden zich tegen de ‘aanpassingsfilosofie’ die het welzijnswerk zou domineren.²⁸

Tijdens een voorbereidend seminar voor het congres *Te gek om los te lopen*, dat in 1970 werd georganiseerd door de Nationale Federatie voor Geestelijke Volksgezondheid, waren enkele Kabouters en Dolle Mina’s aanwezig alsook mensen uit de alternatieve hulpverlening. Ze zorgden voor de nodige beroering.²⁹ Tijdens het seminar kregen psychiaters ‘de wind van voren ten aanzien van wat zij in de afgelopen 25 jaar had laten liggen – met name op het stuk van maatschappijkritische functie en sociale actie’, aldus een verslag in het *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid*. Veel psychiaters, aldus dit verslag, gingen ‘opgewonden of onzeker’ terug naar hun huis of hotel.³⁰ Tijdens het druk bezochte en onrustige congres zelf liepen bezoekers met spandoeken en borden waarop leuzen stonden als: ‘Welzijn: Baas in eigen hart, baas in eigen brein’ en ‘Weinig therapeuten kijken verder

dan hun diagnoses lang zijn'.³¹ Het congresprogramma van lezingen en films werd regelmatig doorkruist door geschreeuwde verzoeken om zaaldiscussies over 'mentaliteitsverandering' of sociale actie. Het congres had 'ons, professionele geestelijke gezondheidszorgers, op een wat onverwachte en ruwe wijze aan het verstand gebracht, dat wat wij binnenskamers al jaren ervoeren en bespraken thans een publieke zaak geworden is', zou psychiater Kees Trimbos achteraf opmerken.³²

In kringen van alternatieve hulpverleners werd begin jaren zeventig gepleit voor 'verzetstherapie': sociale acties die gevoerd zouden moeten worden door hulpverleners en cliënten samen en die gericht zouden moeten zijn op de maatschappelijke oorzaken van psychische kwalen.³³ Deze politieke variant van kritische psychiatrie bleek echter moeilijk te concretiseren. Men signaleerde vooral problemen, zoals de 'kritiekloze aanpassing' die op scholen en in bedrijven werd aangeleerd of de manier waarop in de psychiatrische inrichtingen 'op ingenieuze manier de in opstand gekomen geesten van de cliënten' zouden worden bewerkt, 'met als oogmerk: herstel van de oude toestand van aangepastheid en konformisme'.³⁴ Ondertussen kregen de vrijwilligers in alternatieve hulpverleningsinstellingen te maken met dezelfde problemen die de psychiatrische ziekenhuizen al sinds de negentiende eeuw teisterden: de druk van de almaar stijgende hulpvraag en het agressieve gedrag van cliënten. In een jaarverslag van *Release* Haarlem uit 1972 constateerden de medewerkers met spijt dat hun instelling vooral fungeerde als 'welkome aanvulling' op de bestaande psychiatrische hulpverlening. Medewerkers hadden het gevoel gebruikt te worden als goedkope oplossing voor de tekortkomingen in de hulpverlening en men vond dit zorgelijk: het 'actiekarakter' van de organisatie schoot erbij in. Het oorspronkelijke doel was toch immers, om cliënten bewust te maken van hun ziekmakende omgeving, en op basis daarvan samen actie te voeren.³⁵

Begin 1972 verscheen in weekblad *De Groene Amsterdammer* een artikel met de alarmerende kop: 'Het failliet van de alternatieve hulpverlening'. Teleurgestelde medewerkers vertelden over de grote aanloop en daaruit voortkomende 'frustratie doordat men niet in staat is tot enige vorm van actie te komen'.³⁶ Ook tijdens een driedaags congres van de Stichting *Release* in 1973, over de doelstellingen van de alternatieve hulpverlening, bleek dat het streven naar maatschappelijke verandering in de praktijk problematisch was. In de woorden van *Release*-medewerker Loek Zonneveld was het hedonisme van medewerkers een probleem. De samenleving verandert niet, zo hield hij hen voor, 'door het roken van shit, door het naaien van iedereen die je aardig vindt omdat je er gewoon bovenop springt en "seksueel bevrijd" bent; het gebeurt al evenmin door in beschilderde hollen naar Pink Floyd te luisteren.' Zonneveld ging flink tekeer tegen de 'cultus van de paarse wanden, van de hei, het onbespoten fruit en de rinkelende Afghanistan-bellen' die in zijn visie domineerde binnen de alternatieve hulpverlening.³⁷

De meest radicale en politiek georiënteerde variant van kritische psychiatrie leidde kortom tot weinig 'sociale acties'. Het Solidariteitscomité SPK viel na enkele

le jaren uiteen.³⁸ Wel leidde de steun voor het SPK tot de oprichting van een aantal kleinschalige organisaties van (ex-)psychiatrisch patiënten, psychiatrisch verpleegkundigen en studenten, die deel uit gingen maken van de psychiatrische tegenbeweging.³⁹ Zo ontstond het radicale Patiëntenfront, dat betoogde dat alle hulpverlening in zichzelf onderdrukkend was. Het was fel tegen onderhandelingen en binnen de psychiatrische tegenbeweging als geheel nam het een geïsoleerde positie in.

PSYCHOTHERAPIE

Psychedelisch georiënteerde aanhangers van de kritische psychiatrie benadrukten dat de psychotische 'reis', net als een LSD-trip, een middel kon zijn tot zelfontplooiing en bewustzijnsverruiming. Het SPK beschouwde geestesziekte als latent protest tegen het kapitalisme. Een derde variant van het kritisch-psychiatrische denken legde de nadruk op geestesziekte als gevolg van ziekmakende intermenselijke communicatiepatronen en bepleitte psychotherapie als remedie. Deze stroming was verreweg de meest dominante in ons land begin jaren zeventig. Het in 1971 verschenen boek *Wie is van hout...* van Foudraine bijvoorbeeld, waarin psychotherapie een belangrijke rol speelde terwijl de psychedelische en politieke dimensies van de kritische psychiatrie nagenoeg afwezig waren, was zoals eerder gezegd een gigantische bestseller. Er werden in de loop van de jaren zeventig zo'n 200.000 exemplaren van verkocht. Al meteen na zijn verschijning in het voorjaar van 1971 verdrong *Wie is van hout...* de avonturenroman *Soldaat van Oranje* van de eerste plaats in de bestsellerlijsten. Uitgeverij Ambo meldde trots dat vakantievierende studenten het boek in de zomer van 1971 lagen te lezen aan de Spaanse costa's.

Typend voor deze psychotherapeutische variant van kritische psychiatrie waren ook een theaterstuk en een film, beide krachtige visuele verbeeldingen van het gedachtegoed van Laing en Foudraine. Allereerst de voorstelling *Toestanden* (1972), een serie thematisch verbonden sketches over 'gezin en waanzin en democratisering in een psychiatrische inrichting'.⁴⁰ De voorstelling was gemaakt door de Koöperatieve Vereniging Het Werkteater, waarvan acteurs als Peter Faber en Gerard Thoolen deel uitmaakten. De eerste scène uit *Toestanden* gaat over een meisje dat door haar ouders wordt tegengewerkt in haar losmakingsproces. De vader en moeder hebben een slecht huwelijk en zien op tegen de dag dat ze geen dochter meer hebben om als bliksemafleider te fungeren. De onderdrukking van het meisje wordt gepresenteerd als liefdevolle bezorgdheid, waardoor de dochter ernstig in verwarring raakt. Ze wordt naar een inrichting gestuurd. Daar, zo maken andere scènes uit *Toestanden* duidelijk, worden patiënten ook betutteld en klein gehouden. Empathie en menselijk contact lijken taboe, en de behandeling bestaat vooral uit medicatie.

Eén scène uit *Toestanden*, getiteld 'Bewustwording', verbeeldt het ideaal dat de makers blijkbaar hadden van een betere vorm van psychiatrische hulpverlening.

Een jonge vrouw zit op de grond en staart uitdrukkeloos voor zich uit. Haar therapeutisch begeleider, een informeel geklede jeugdige man, probeert haar uit haar schulp te halen met een verhaal over een konijntje dat 'heel diep in de duinen in z'n holletje woonde'. Op een dag stapt het konijntje uit zijn holletje, vertelt hij. Hij helpt de vrouw omhoog. Steeds vrijer loopt en danst ze met het konijntje mee, dat over sloten springt en naar de stad reist. Als het konijn een drukke straat moet oversteken, slaat de angst toe. De vrouw zinkt ineen en vertelt huilend over haar vader, die het gezin verliet toen ze jong was, en over haar afstandelijke moeder, die ze altijd probeerde te plezieren. Dan roept ze boos: 'Ik jaag jullie uit mijn leven! Laat me met rust!' Na deze catharsis staren de vrouw en haar begeleider elkaar aan. 'Wat ben je sterk', zegt de laatste bewonderend. 'Ja...', zucht de vrouw, blij en verrast. 'Nou, ik kan weg, echt, hè? Dag!' En ze verlaat de kamer. Doordat ze haar zieleroerselen onder ogen heeft gezien en ze zich emotioneel heeft losgemaakt van haar ouders, heeft ze haar innerlijke kracht herontdekt en is het 'gekke' gedrag verdwenen. Uit een kinderlijke en angstige persoon is een zelfstandige volwassene gegroeid.

Bovendien vertoonden bioscopen in 1973 de Britse film *Family Life* van regisseur Ken Loach, die op het gedachtegoed van Laing gebaseerd was. De film was een verrassend succes; in sommige bioscopen draaide hij maandenlang. Volgens één recensent werd *Family Life* in de mond-tot-mondreclame aangeprezen als 'film over hoe bekrompen ouders hun dochter krankzinnig maken.'⁴¹ Inderdaad wilde producent Tony Garnett met *Family Life* duidelijk maken 'hoe ouders, vaak onbewust, hun kinderen onderdrukken, precies zoals de maatschappij dit van ze verlangt. Goede kinderen doen precies wat hun ouders zeggen, de onderwijzer op school en later de baas op het werk. [...] Als de opvoeding mislukt dan komen kinderen in aanraking met de politie of de psychiater, de "zielepolitie". Die willen de ontspoorde maar al te snel met pillen en elektrische schokken weer in het gareel brengen.'⁴²

Family Life is een modern sprookje vol strijd tussen goed en kwaad. De hoofdpersoon, de twintigjarige Janice Baildon, is de jonkvrouw in nood. Zij zit gevangen in een somber rijtjeshuis bij haar ouders, een fabrieksarbeider en een huisvrouw. Ze raakt zwanger van haar vriend, een maatschappijkritische kunstenaar, die haar probeert over te halen uit huis te gaan. Haar ouders hebben allerlei bezwaren tegen deze jongen en dwingen Janice abortus te plegen, omdat ze te zwak en onvolwassen zou zijn om zelf een baby te kunnen verzorgen. Hierna wordt Janice steeds verwarder. Op een dag zwaait ze in nabijheid van haar ouders met een mes en belandt ze in een psychiatrisch ziekenhuis, op een afdeling die zichzelf een therapeutische gemeenschap (TG) noemt.

De afdeling ziet er rommelig uit, en de bewoners hangen kletsend en gitaar spelend rond. Er wordt hier niet met elektroshocks of medicijnen gewerkt, vertelt de afdelingspsychiater aan Janice's misprijzende ouders. Tijdens de therapeutische sessies probeert de afdelingspsychiater Janice te laten inzien dat haar ouders haar pogingen om zelfstandig te worden consequent tegenwerken. 'Gek zijn', zo

houdt hij het meisje voor, ‘was voor jou de enige plek waar je nog jezelf kon zijn.’ De bevrijding van Janice wordt echter voortijdig afgebroken wanneer de TG wordt gesloten. Het meisje wordt overgeplaatst naar een afdeling waar het er keurig uitziet, de zusters nog in uniform lopen en de dokters in witte jas. Ze wordt gediagnostiseerd als schizofreen en onder narcose krijgt ze een elektroshock toegediend. Met een recept voor kalmerende medicijnen keert Janice na enige tijd terug naar huis.

In de dramatische laatste scène van de film schuifelt Janice versuft een collegezaal vol geneeskundestudenten binnen, waar ze gepresenteerd wordt als een klassiek geval van schizofrenie. De docent vertelt dat men geen verband heeft kunnen ontdekken tussen de ziekteverschijnselen van het meisje en haar levensomstandigheden. Na een gelukkige jeugd in een normaal gezin ging het opeens mis. Deze scène was, in combinatie met het boek van Foudraine, aanleiding tot fel protest van Amsterdamse studenten geneeskunde tegen ‘patiëntendemonstraties’ in het onderwijs.⁴³ Aan de Universiteit van Amsterdam was men er sinds de verschijning van *Family Life* mee opgehouden om mensen in een collegezaal te demonstreren aan medisch studenten. Men was overgegaan tot het vertonen van video-opnames van gesprekken die behandelaars hielden met patiënten. Doel van deze nieuwe demonstratie was niet langer primair gelegen in het stellen van een diagnose, maar in het tonen van de beleving van mensen, ‘hoe ze met elkaar omgaan, hoe ze hun evenwicht kunnen verliezen’.⁴⁴ Psychiater Frank van Ree, werkzaam in psychiatrisch ziekenhuis Vogelenzang in Bennebroek, vond dat nog niet ver genoeg gaan: patiëntendemonstraties moesten volgens hem op ‘wetenschappelijke en ethische gronden’ verboden worden.⁴⁵

Begin 1975 ging een Nederlandse film in première die erg leek op *Family Life*, te weten de eerder genoemde film *Kind van de zon*, waarin Shaffy meespeelde.⁴⁶ De Nederlandse overheid had fors meebetaald aan de totstandkoming van deze film.⁴⁷ Koningin Juliana, die aanwezig was bij de groots opgezette première, was zeer ontroerd en had na afloop even tijd nodig om tot zichzelf te komen.⁴⁸ Ook deze film werd een succes; hij draaide tot in 1976 in vele bioscopen in ons land en trok volle zalen.⁴⁹ De hoofdpersoon van *Kind van de zon*, Anna, gaat tegen de zin van haar ouders op kamers wonen in Amsterdam, waar ze moeite blijkt te hebben om haar draai te vinden. Ze is teruggetrokken en zit in de knoop met haar seksualiteit. Anna wordt steeds angstiger, gaat hallucineren, verwaarloost zichzelf en na een hoog oplopende ruzie met haar moeder wordt ze opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Aanvankelijk behandelt men haar daar met elektroshocks, hetgeen op dramatische wijze in beeld wordt gebracht in de film. Daarna komt Anna echter, net als Janice uit *Family Life*, terecht in een therapeutische gemeenschap. Daar stimuleren de psychiaters en sociotherapeuten haar tijdens lange groepstherapieën om te praten over haar gevoelens en over haar relatie met haar ouders. In één scène uit de film zit Anna minutenlang te huilen. De afloop van *Kind van de zon* was gelukkiger dan die van *Family Life*. Aan het einde van de film zit Anna in de trein naar Amsterdam, waar ze het opnieuw zelfstandig gaat proberen.

Zowel *Toestanden* als *Family Life* en *Kind van de zon* verbeeldden enerzijds een negatief beeld van een op sociale aanpassing gerichte psychiatrische hulpverlening en anderzijds een positief beeld van de op zelfontplooiing, emancipatie en openheid gerichte psychiatrische hulpverlening in therapeutische gemeenschappen. Psychiatrische ziekenhuizen en biologisch georiënteerde psychiaters werden symbolen voor de hiërarchische mentaliteit van de voorbije jaren vijftig, die mensen het liefst nederig, gehoorzaam en afhankelijk hield.

‘PRATEN, PRATEN EN NOG EENS PRATEN’

Ook de *Gekkenkrant* bepleitte een emancipatoire en psychotherapeutische variant van psychiatrische hulpverlening. Mensen die psychische problemen hadden waren ‘vastgelopen’ in hun leven, betoogden de auteurs van dit blad. ‘Gek zijn’, aldus een redactioneel, ‘betekent in de knoop geraakt, in moeilijkheden gekomen, in de war gemaakt.’ Deze vastgelopen mensen moesten ‘de kans krijgen om hun knoop te ontwarren.’ Dit in tegenstelling tot hen in bed leggen en medicijnen geven, ‘alsof ze een soort griep hebben die op den duur vanzelf wel overgaat of die ongeneeslijk is’.⁵⁰ Zo vertelde redactielid Van der Post over haar negatieve ervaring met een slaapkuur die ze in de jaren zestig onderging, toen ze na een zelfmoordpoging werd opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. In pillen geloofde ze sindsdien niet meer, ‘alleen als laatste redmiddel.’ De bijwerkingen vond ze afschuwelijk en ze werd er suf van. Wat wel nut zou hebben, dacht ze, was ‘te proberen erachter te komen wat er aan de hand is. Door erover te praten, erachter zien te komen waarom je depressief bent.’⁵¹

Psychologe Helmi Goudswaard, eveneens lid van de redactie van de *Gekkenkrant*, had tijdens een stage in psychiatrisch ziekenhuis Santpoort meegelopen op een afdeling voor chronische patiënten. Ze vond dat de patiënten er rondliepen als zombies. Redactielid Flip Schrameijer had als dienstweigeraar zijn vervangende dienstplicht vervuld in de Rijks Psychiatrische Inrichting in Eindhoven. Hij kwam net van de middelbare school en was geschokt door wat hij aantrof. ‘Ik had geen idee dat zoiets bestond in Nederland’, aldus Schrameijer. ‘Het waren net de laatste paar jaren dat de patiënten nog gestichtskleding droegen, van die grijze, veel te vaak gewassen jasjes en broeken. Daar sjouwden ze dan mee over het terrein, groepsgewijs begeleid door een verpleger met een kort wit jasje en een dikke sleutelbos aan z’n riem. Overdag werkten ze, bijvoorbeeld in de bosploeg. De verpleegkundigen boenden de vloeren en dienden het eten op.’⁵²

De *Gekkenkrant* richtte zich echter zeker niet tegen alle psychiatrische behandelvormen. Integendeel. ‘Als je opgenomen wordt is het de bedoeling dat je een ‘behandeling’ krijgt: dat is je recht!’, stond te lezen in het eerste (proef-)nummer van de *Gekkenkrant*.⁵³ Men pleitte veeleer voor een andere soort van psychiatrische hulpverlening, net zoals bijvoorbeeld de Amsterdamse alternatieve hulpverleningsorganisatie Stichting Centrum voor Individueel Advies (SCIA), die was opgericht in 1970. ‘In de psychose’, aldus de SCIA, ‘onderneemt iemand een reis die

hem ergens naar toe leidt. In de kliniek worden vaak met behulp van psychofarmaca de signalen gedempt en wordt de reis onderbroken; er is geen antwoord op het teken en de reiziger komt niet thuis.’ Goede psychiatrie zou met een minimum aan medicijnen en een maximum aan aandacht voor de signalen van de ‘patiënt’ de reis begeleiden.⁵⁴ Het soort van psychiatrische hulpverlening waartegen critici van de bestaande klinische psychiatrie zich afzetten, werd op verschillende manieren aangeduid. De socioloog Milikowski sprak van ‘burgerlijke psychiatrie’.⁵⁵ Een vaker gebruikte term was het ‘medisch model’. Van der Post van de *Gekkenkrant* omschreef dat als volgt: ‘Dat houdt in dat alles klinisch en diagnostisch beredeneerd wordt. Met andere woorden, een soort vervreemding van wat je voelt en van waar je door in de war bent geraakt. [...] Gekken genees je niet met medicijnen of met een shocktherapie, maar met praten, praten en nog eens praten.’⁵⁶

Het protest tegen het medisch model in de klinische psychiatrie was in ons land, begin jaren zeventig, dus in feite een pleidooi voor meer inzet van psychotherapie in de hulpverlening aan in hun leven ‘vastgelopen’ mensen. Het vergroten van de gedragsvrijheid van het individu was het centrale ideaal in alle vormen van kritiek. Als strategieën om dit ideaal te bereiken, werd door enkelen het gebruik van bewustzijnsverruimende drugs bepleit en door anderen het voeren van sociale actie. Verreweg het meest intensief en wijdverbreid was echter het betoog voor ‘praten, praten en nog eens praten’, in de woorden van Van der Post. Door middel van psychotherapie kon het ‘ware zelf’ worden herontdekt en konden de omstandigheden worden blootgelegd die de individuele zelfontplooiing tot dan toe hadden gefrustreerd. Het bevorderen van de toepassing van psychotherapie in de psychiatrische hulpverlening leek veel critici wellicht een realistischer optie dan de omverwerping van het kapitalisme of het bewerkstelligen van een psychedelische revolutie.

2.2 Vrijheid, gelijkheid en openheid: kritische psychiatrie en de geestelijke wederopbouw van Nederland

De rage rond de kritische psychiatrie kan niet los worden gezien van de culturele vernieuwingsdrang in ons land rond 1970. Tegen de achtergrond van de snel stijgende welvaart veranderden de mentaliteit en leefwijze van veel mensen in ons land. Zo nam het aantal echtscheidingen toe van 6000 in 1965 tot 34.000 in 1985.⁵⁷ In 1965 had driekwart van de Nederlandse bevolking nog bezwaar tegen seks voor het huwelijk; in 1970 had zestig procent hier geen problemen meer mee.⁵⁸ Kerken liepen leeg en de Katholieke Volkspartij zakte van 260.000 leden in 1965 naar 120.000 in 1968.⁵⁹ Niet iedereen werd meteen atheïst; wel ging een groeiend aantal mensen het geloof beschouwen als een individuele kwestie.⁶⁰ Een grootschalige enquête die in 1970 in ons land werd gehouden en waarbij 24.000

mensen werden ondervraagd over hun normen en waarden, toonde aan dat veel Nederlanders afstand begonnen te nemen van het traditionele primaat van hard werken, ingetogenheid, gehoorzaamheid en uiterlijk fatsoen.⁶¹ Een analyse van de adviesrubriek in damesblad *Margriet* laat eveneens een mentaliteitsverandering zien rond 1970.⁶² De waardering voor het uiten van emoties nam toe. Boosheid of andere gevoelens 'opkroppen' zou slecht zijn voor de psychische gezondheid. Niet langer adviseerde *Margriet* haar lezeressen zich te schikken en offers te brengen ter wille van de gezinsharmonie. Vrouwen moesten nu bij zichzelf te rade gaan en verantwoordelijkheid nemen voor hun eigen keuzes.⁶³ Ook de feministische organisaties Man-Vrouw-Maatschappij en Dolle Mina moedigden vrouwen hiertoe rond 1970 aan.

Dat sommige leden van de culturele en politieke elite er aan het eind van de jaren zestig van overtuigd waren dat 'de Nederlandse samenleving op de grens van twee werelden verkeerde', in de woorden van historicus Piet de Rooy, is dus niet zo verwonderlijk.⁶⁴ Kenmerkend voor het indertijd heersende gevoel dat de Nederlandse samenleving zich op een breukvlak bevond, is bijvoorbeeld het invloedrijke rapport *Verbeter de mensen, verander de wereld* (1971). Dat rapport was geschreven in opdracht van de Wiardi Beckman Stichting, het wetenschappelijk onderzoeksbureau van de Partij van de Arbeid (PvdA). Het betoogde dat het na de materiële wederopbouw nu tijd was voor de geestelijke wederopbouw van Nederland.⁶⁵ Met het psychisch welzijn zou het slecht zijn gesteld. De auteurs signaleerden een massaal verlies aan individualiteit. Het kapitalisme vervreemde mensen volgens hen van hun creatieve potentieel en verschraalde de mens tot de 'prijs van de arbeid die hij kon leveren.'⁶⁶

De auteurs van het rapport, onder wie de kritische psychiater Wijnand Sengers, pleitten voor een 'welzijnsrevolutie' die ernst zou maken met de idealen van de Franse Revolutie: vrijheid, gelijkheid en broederschap.⁶⁷ De idealen van vrijheid en gelijkheid stonden centraal in het Nederlandse protest tegen de klinische psychiatrie. Een derde zeer belangrijk thema in de Nederlandse kritische psychiatrie was daarbij het verlangen naar meer openheid van mensen over hun emoties en naar eerlijkheid over pijnlijke kwesties. Dit openheidsideaal had veel raakvlakken met het streven naar broederschap zoals dat door de auteurs van het Wiardi Beckman-rapport werd gedefinieerd, namelijk als een streven naar 'verbeteringen in de tussenmenselijke verhoudingen'.⁶⁸

Het begrip broederschap kreeg in de jaren zeventig een meer psychologische en relationele betekenis. Het woord duidde indertijd niet zozeer op het gezamenlijk strijden voor politieke idealen, of op een vanzelfsprekende loyaliteit met de eigen katholieke, protestantse dan wel socialistische zuil of met de eigen familie, maar op tolerantie, respect en onderlinge betrokkenheid.⁶⁹ Het maken van persoonlijk en open contact met anderen, 'van mens tot mens', zou een belangrijke voorwaarde zijn voor werkelijk broederschap tussen mensen.

Bij critici van de klinische psychiatrie stond het pleidooi voor meer emotionele openheid in de samenleving echter zozeer voorop, dat in deze paragraaf gespro-

ken wordt van de idealen vrijheid, gelijkheid en openheid als dominante thema's binnen de Nederlandse kritische psychiatrie. Ook in de boeken van de Duits-Amerikaanse psychoanalyticus en humanist Erich Fromm en de Amerikaanse 'humanistische' psycholoog Carl Rogers, die beiden rond 1970 plotseling zeer populair waren in ons land,⁷⁰ stonden deze drie thema's centraal. Hetzelfde gold voor het werk van Laing en Foudraine, die door Fromm waren beïnvloed. Op deze drie punten van vrijheid, gelijkheid en openheid was het streven naar psychiatriehervorming sterk verbonden met het pleidooi voor maatschappijhervorming.

VRIJHEID ALS RECHT ÉN PLICHT

De Nederlandse publieke belangstelling voor de kritische psychiatrie hing allereerst nauw samen met het indertijd gevoerde pleidooi voor het verruimen van de individuele gedragsvrijheid en het recht om te mogen genieten. In 1969 richtte een groep academici de Bond voor Vrijheidsrechten op, die betoogde dat de individuele vrijheden moesten worden verruimd. Angst voor anarchie was ongegrond, betoogde de Bond; die angst berustte op een overdreven negatief mensbeeld. Het betoog van kritische psychiaters als Laing, Foudraine, Cooper en Szasz paste goed bij deze roep om individuele vrijheid. Net als Fromm en Rogers stelden ook deze kritische psychiaters de zelfontplooiing van het individu centraal (de 'persoonlijke groei', in de terminologie van Rogers). Om geestelijk gezond te worden, dienden mensen bevrijd te worden van schuldgevoelens, angsten en maatschappelijk bepaalde verwachtingen en rolpatronen. Al deze auteurs vielen het christendom fel aan, dat beschouwd werd als oorzaak van psychische ongezondheid. Laing typeerde de christelijke mentaliteit, die volgens hem schadelijk was voor het psychisch welzijn van vele mensen, als volgt: 'Hoe durf je plezier te hebben terwijl Jezus voor jou aan het Kruis gestorven is! Had Hij zo'n plezier?'⁷¹

Uit de Bond voor Vrijheidsrechten ontstond in 1970 de eerder genoemde alternatieve hulpverleningsorganisatie *Release*. Binnen deze organisatie raakte het algemene pleidooi voor individuele vrijheid verweven met het leveren van kritiek op de klinische psychiatrie. Medewerkers van de 'sectie psychisch' van *Release* Amsterdam vingen naar eigen zeggen slachtoffers op van de heersende moraal. 'Iemand, die in woord en daad afwijkt van de geschreven en ongeschreven regels van een cultuur', betoogde men, 'met andere woorden de grenzen van het tolerantieveld overschrijdt, wordt voor "gek" verklaard.'⁷² Psychiaters noemden ze 'maatschappelijke beulsknechten'.

Vanuit deze 'sectie psychisch' ontstond vervolgens in 1973 de eerder genoemde *Gekkenkrant*, nadat *Release* Amsterdam zichzelf had opgeheven uit vrees voor 'in-kapseling'. Leden van de 'sectie psychisch' van *Release* wilden toch een bijdrage blijven leveren aan het helpen van mensen met psychische problemen en zo ontstond het idee voor een *Gekkenkrant*.⁷³ Het streven naar verruiming van de individuele vrijheden was ook binnen de redactie van deze protestkrant een centraal thema. Leden van het redactioneel collectief experimenteerden met moderne re-

latievormen en drugs en probeerden zich te ontworstelen aan traditionele rolpatronen. Vrouwen uit de redactie zaten in vrouwenpraatgroepen en op hun aanraden richtten enkele mannelijke redactieleden een praatgroep op voor mannen.⁷⁴ Volgens redactielid Bert Bakker betekende de *Gekkenkrant* ‘erg veel voor onze eigen emancipatie’.⁷⁵ Redactielid Goudswaard beschrijft hoe ze zich tijdens haar jeugd in een gereformeerd gezin constant over van alles schuldig voelde. De film *Family Life* sprak haar erg aan. Goudswaard: ‘Die rol van die moeder, die haar kind echt totaal niet begrijpt en alleen over de pudding kan praten – dat raakte je in je eigen losmakingsproces van thuis.’ Ze noemt de redactie van de *Gekkenkrant* achteraf ‘een soort bevrijdende familie’.⁷⁶

Bij sommige therapeuten ging het bepleite recht op zelfontplooiing hand in hand met een pleidooi voor een nieuwe plicht voor de bevrijde burger. Mensen moesten leren om zelf verantwoordelijkheid te nemen voor hun daden en meningen. Volgens de psychiater Jacques Weijel – een Nederlandse criticus van het ‘medisch model’ binnen de geestelijke gezondheidszorg en pleitbezorger voor psychosociale hulpverlening – waren veel mensen hier nog bang voor. Misprijzend stelde hij: ‘Zolang een ander maar zegt wat ze moeten doen zijn [mensen] tevreden’.⁷⁷ Szasz bood een verklaring voor deze angst van mensen om verantwoordelijkheid te nemen voor hun keuzes in het leven. Hij betoogde dat het christendom mensen in een kinderlijke, afhankelijke positie plaatste om zo macht over hen te krijgen. De priester, dominee én psychiater, aldus Szasz, handelden allen vanuit de aanname dat zondige, zwakke mensen en zieke mensen geholpen moesten worden.⁷⁸ Szasz was zeer gekant tegen deze invalidisering van individuen.

Volgens Fromm had vooral het protestantisme de ‘geestelijke ruggegraat’ van mensen gebroken.⁷⁹ Fromm betoogde dat mensen ‘hersenloze automaten’ waren geworden die slechts in de illusie verkeerden dat ze autonome persoonlijkheden waren.⁸⁰ In de negentiende eeuw, vond hij, ‘was het probleem dat “*God dood is*”, in de twintigste eeuw dat *de mens dood is*’.⁸¹ Zoals de titel van een van zijn meest bekende boeken, *De zelfstandige mens*, aangeeft, streefde Fromm ernaar de westerse mens te heropvoeden tot zelfstandig denkende en beslissende persoonlijkheden.

Ook andere psychotherapeuten zagen een vergroting van de individuele vrijheid en autonomie als voorwaarde voor het bereiken van andere idealen, zoals het bestrijden van de agressie tussen mensen en het vergroten van de tolerantie voor afwijkend gedrag. Dit werd onder meer duidelijk gemaakt in het destijds populaire boek *Wie waagt die wint* (1974), waarin allerlei moderne interpersoonlijke therapievormen werden behandeld.⁸² Pas wanneer aan de basisvoorwaarde van individuele vrijheid was voldaan, aldus betoogden de auteurs van dit boek, was het voor mensen haalbaar om werkelijk zelfstandig hun mening te bepalen, ‘zichzelf te zijn’ en te genieten van het leven. Ook ware intimiteit en begrip voor anderen werden pas mogelijk wanneer mensen zich eerst een zekere mate van autonomie hadden verworven.⁸³

De kritiek op de klinische psychiatrie was kortom onderdeel van een breder betoog waarin individuele zelfontplooiing en verzelfstandiging van het individu centraal stonden. Enerzijds moesten mensen het recht krijgen zich te gedragen zoals ze dat zelf wilden. Anderzijds bracht het betoog voor het recht op persoonlijke vrijheid ook een taakverzwaring met zich mee voor de individuele burger.

GELIJKHEID

Naast zelfontplooiing was het streven naar gelijkheid een belangrijk thema in de Nederlandse politiek en cultuur rond 1970. Autoritaire gezagsverhoudingen zouden democratischer moeten worden en er diende meer tolerantie te komen voor afwijkend gedrag. Het emancipatieproces van achtergestelde groeperingen als vrouwen, jongeren en homoseksuelen genoot indertijd brede steun. Binnen de geneeskunde werd door artsen en ethici gepleit voor een 'mondige patiënt', die over zijn eigen lot zou moeten mogen beschikken.⁸⁴ Symbolisch voor het alom oprukkende gelijkheidsideaal was de snelle informalisering van uiterlijk en omgangsvormen vanaf de jaren zestig.⁸⁵ Het protest tegen de klinische psychiatrie sloot op meerdere manieren aan bij dit heersende gelijkheidsideaal.

Allereerst was het een belangrijke wens van zowel kritische psychiaters als mensen uit de psychiatrische tegenbeweging om cliënten van de klinische psychiatrie 'mondiger' te maken. Foudraine's *Wie is van hout...* is illustratief voor deze wens om geesteszieken een stem te bieden en hen zodoende te emanciperen. De titel van Foudraine's boek is afgeleid van een anekdote uit het boek. Als voorbeeld van de kille, medische benadering die volgens hem domineerde in de psychiatrie, beschreef Foudraine een (fictieve) 'demonstratie' van een patiënt in het onderwijs aan psychiaters.⁸⁶ De gedemonstreerde patiënt roept op een gegeven moment uit: "Ik ben van hout!". De professor in witte jas bestempelt dit tot typisch schizofrene nonsenspraat. Maar, aldus Foudraine, 'in de dehumaniserende setting van de collegezaal valt het de professor helemaal niet op, dat de mens die daar zit, aange-staard door studenten, iets heel zinnigs tot uitdrukking brengt, nl: Ik voel me behandeld als een stuk hout!' Wat 'patiënten' zeiden, was volgens Foudraine een puzzel die door de goede luisteraar kon worden opgelost. Ook was het gevoel van schizofrene patiënten volgens hem niet 'vervlakt', zoals door psychiaters vaak werd gedacht. Integendeel: psychiaters ontbrak het aan empathie. Zij waren 'van hout'.

Het mondig maken van de psychiatrische patiënt was ook het primaire doel van de *Gekkenkrant*. Het redactioneel collectief verkondigde de wens een revolutie 'van onderaf' te bewerkstelligen in de intramurale psychiatrie. 'De tegenkrachten in de psychiatrie zullen zich sterker moeten maken', schreef men in 1974. 'Dat kan alleen als psychiatrische patiënten zich gaan realiseren dat ze allemaal in hetzelfde schuitje zitten. Als het lukt om allemaal dezelfde kant op te roeien. Als men zijn stem verheft in plaats van bij de pakken neer te zitten. Eendracht maakt inderdaad macht.'⁸⁷ Van het radicale marxisme van het SPK nam de krant

echter afstand. In een opzette voor de *Gekkenkrant* schreven de oprichters van dit blad, Martine Groen en Geert Mak (voormalige medewerkers van de 'sectie psychisch' van *Release* Amsterdam), dat ze het een paradox vonden om 'wél de patiënten zelfstandig te willen maken, vrij van allerlei betutteling, maar ze tegelijk vol te pompen met voorbeelden en ideeën uit één bepaalde hoek.'⁸⁸ De *Gekkenkrant* oriënteerde zich veeleer op het voorbeeld van de vakbonden en de burgerrechtenbeweging. De naam van de krant leek op die van gevangenen die streeden voor een betere rechtspositie, de *Bajeskrant*. De benaming 'gek', betoogde de redactie van de *Gekkenkrant*, fungeerde als geuzennaam, naar analogie van de leus 'Black is beautiful'.

Zeker is dat de stem van de cliënt sterk aan kracht won tijdens de jaren zeventig, mede dankzij de morele steun van kritische psychiaters en mensen uit de psychiatrische tegenbeweging. Op de redactie van de *Gekkenkrant* kwamen honderden brieven binnen van mensen die in psychiatrische ziekenhuizen opgenomen waren (geweest). Veel brieven schrijvers waren weinig te spreken over de bejegening door artsen en verpleegkundigen. Zo beschreef iemand hoe eind jaren zestig op zijn afdeling de psychiater dagelijks de ronde kwam doen. 'De radio die anders de hele dag keihard aanstond werd dan afgezet', aldus de herinneringen van deze man. 'Na enige tijd wachten kwam dan de dokter binnen gevolgd door twee hoofdzusters waarvan er één een wagentje voortduwde waarop de statussen van de patiënten lagen. Tergend langzaam nam dan de dokter een status van [...] het wagentje en riep dan hardop de naam van de patiënt. Daarna ging de dokter met de zuster samen op fluisterende toon over de patiënt praten. Wanneer ze daar dan over uitgepraat waren werd er een volgende status van het wagentje afgenomen. [...] De patiënt zelf kwam niet aan het woord.'⁸⁹

Ook over de ontvangen behandeling waren veel brieven schrijvers ontevreden. Iemand die in psychiatrisch ziekenhuis Vrederust opgenomen was geweest, vertelde dat de therapie daar bestond uit boekbinden, mattenvlechten of inpakwerk voor grote firma's. Voor het verpleggeld dat de AWBZ voor je betaalt, aldus deze ex-patiënt, kreeg je 'alles wat je niet wenste: spuiten, dwangbuizen, overplaatsingen.' Hij concludeerde: 'Niet werkelijk een oord om te genezen, te herstellen.'⁹⁰ Veel cliënten waren duidelijk erg blij met de morele steun van de *Gekkenkrant*. 'Bravo, ga zo door, velen zijn jullie dankbaar!', schreef iemand.⁹¹ Opvallend is dat in de *Gekkenkrant* ook zeer regelmatig werd geprotesteerd tegen de negatieve berichtgeving over de psychiatrische hulpverlening – zo vaak zelfs dat de redactie nummer elf van hun blad de ironische titel 'Positief nummer' meegaf. 'Willen jullie dan zo graag gediskrimineerd worden met jullie zielige verhalen?', schreef ene Heleen.⁹² Met het schrijven van negatieve verhalen schiet je 'geen mallemoer op', vond ze. Heleen had bovendien begrip voor het personeel van de inrichting waar zij verbleef. Verpleegkundigen moesten haar af en toe wel separeren of onder het spanzeil stoppen, meende ze, om haar te beschermen. 'Voor de doktoren en verpleging spring ik in de bres', schreef iemand anders.⁹³

Niet alleen in de *Gekkenkrant* kwamen mensen met een psychiatrisch verleden

aan het woord. In de jaren zeventig verschenen ook diverse autobiografische boeken van mensen die schreven over hun opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Dergelijke 'egodocumenten' waren vóór de jaren zeventig zeer schaars in ons land. De kritiek op de klinische psychiatrie was ongetwijfeld een stimulans voor mensen om hun ervaringsverhalen op papier te zetten. Velen van hen hadden de boeken van kritische psychiaters als Laing en Szasz goed gelezen en refereerden hier regelmatig aan. In oktober 1971 verscheen *Waar was de dood nog meer... autobiografie van een psychose*⁹⁴ geschreven door de socioloog Egbert Tellegen. Tellegen noemde de psychiatrische behandeling die hij in de jaren zestig had ondergaan en die onder meer had bestaan uit elektroshocks, een 'hersenspoeling' en een 'psychische castratie'.⁹⁵ Volgens hem borgen psychiaters mensen weg die in de war of bang waren, omdat de samenleving 'alle twijfel wil wegdrukken dat er weleens iets aan het leven mis kan zijn'.⁹⁶

Net zomin als de kritiek uit de *Gekkenkrant*, *Toestanden* of *Family Life* was het pleidooi van Tellegen een absolute afwijzing van alle psychiatrische hulpverlening. Tellegen noemde het achteraf terecht dat hij als student opgenomen werd. 'Je moet dat opvangen, iets doen', lichtte hij toe. 'Als je zegt "laat maar" dan is dat een verwerpelijk soort laissez-faire'.⁹⁷ Zijn bezwaar was vooral dat zijn psychiater 'zich er nooit in heeft verdiept wat er met die jongen [hijzelf] aan de hand zou zijn.' Psychiaters hadden boze, bange of door grootse visioenen bevlogen mensen niets te bieden, vond Tellegen, behalve: 'U bent overspannen, u heeft uzelf niet in de hand, uw gedrag is niet aangepast enzovoort'.⁹⁸

Deze wens om meer begrip en aandacht te ontvangen van behandelaars is overigens al vanaf de negentiende eeuw een rode draad in de internationale cliëntenliteratuur.⁹⁹ Regelmatig schreven cliënten die een depressie of psychose hadden doorgemaakt daar achteraf over in termen van een wedergeboorte of het hervinden van zichzelf. Psychiaters zouden geen oog hebben voor deze positieve aspecten van de psychische crisis. Ook in de egodocumenten die sinds het boek van Tellegen in ons land verschenen, werd regelmatig het gevoel naar voren gebracht dat behandelaars geen aandacht hadden voor het zieleleven van de mensen die aan hun zorg waren toevertrouwd.¹⁰⁰ Zo schreef ex-cliënte Evelien Paull in haar succesvolle boek *In het land der blinden. Een martelgang door de psychiatrie* (1973) dat psychiaters en verpleegkundigen doof leken voor de gevoelens en ervaringen van hun cliënten.

Naast Maarten Biesheuvel, wiens debuut *In de bovenkooi* in 1972 verscheen, is Jan Arends een van de beroemdste en literair begaafdsten Nederlanders die schreven over hun psychiatrische verleden. Arends' tragische en tegelijkertijd zeer humoristische verhalenbundel *Keefman* verscheen in 1972. Hij maakte Arends in één klap beroemd.¹⁰¹ Het sterk autobiografische verhaal 'Keefman' is een felle monoloog van een opgenomen man, Keefman, gericht aan zijn psychiater. Keefman beschouwt zijn psychische problemen als een sociaal construct. 'Ik heb nooit voorspraak gehad in mijn leven', aldus Keefman. 'Daarom zit ik hier in het gekkenhuis. [...] Anderen rollen overal binnen. Maar mij wijzen ze de deur'.¹⁰² Zo-

lang de maatschappij niet verandert, gooit hij zijn psychiater voor de voeten, 'is jouw kostje wel gekocht.'¹⁰³

Keefman is kwaad over de onverschilligheid die hem tijdens zijn psychiatrische opname ten deel valt. Hij scheldt op de permanente strontlucht in het ziekenhuis, de 'asociale elementen' waar hij tussen moet leven en het 'tuig' dat hem verpleegt. Ook over zijn behandeling is hij ontevreden. Hij kreeg 'de halve Organon' aan medicijnen voorgeschreven, waardoor hij ontzettend suf werd. 'Jij bent geen dokter', houdt hij zijn psychiater voor. 'Jij maakt de mensen ziek'.¹⁰⁴ Ook Jan Arends verlangde naar meer aandacht van zijn psychiaters. 'Behandeling?', schreef hij althans in het verhaal 'Keefman', '[w]at lullen ze van behandeling. Doe jij soms iets aan mij? Maak jij mij anders? Geef jij mij het gehoor waarop ik recht heb?'¹⁰⁵

Ook familieleden mengden zich in het debat rond de klinische psychiatrie. In 1972 verscheen *Laten ze het maar voelen...* van Corrie van Eijk-Osterholt, dat zeer goed verkocht.¹⁰⁶ Ze beschreef in dit boek de lotgevallen van haar tweelingzus Mies, die al vijftienvintig jaar verbleef in een psychiatrisch ziekenhuis. Talloze wantoestanden passeerden de revue in *Laten ze het maar voelen...*: het smijten met tranquillizers in de klinieken, het sadisme van sommige hulpverleners en de totale rechteloosheid van de opgenomen mensen. In 1973 wijdde Koos Postema een aflevering van het populaire VARA-televisieprogramma een *Groot Ur U* aan het boek.¹⁰⁷ Familieleden speelden ook een belangrijke rol in de oprichting in 1971 van de landelijke belangenvereniging de 'Cliëntenbond in de Welzijnszorg'.¹⁰⁸

Alhoewel de stem van de cliënten van de intramurale psychiatrie dus sterk aan kracht won gedurende het decennium, was tijdens de eerste helft van de jaren zeventig de meeste kritiek op de klinische psychiatrie afkomstig van mensen die zelf geen cliënt waren, maar die de psychiatrie wilden hervormen in naam van de cliënten. De kritiek op het medisch model in de inrichtingspsychiatrie en de notie dat psychiaters de beulsknechten van de onderdrukkende samenleving waren, kwamen niet in eerste instantie 'van onderaf', dus vanuit de cliënten zelf. De belangrijkste woordvoerders van de kritische psychiatrie begin jaren zeventig waren zaakwaarnemers: mensen die spraken in naam van de cliënten. Zij zwengelden de rage rond de kritische psychiatrie aan en stimuleerden cliënten om hun stem te laten horen. Vaak waren zij mensen die heel dicht bij de cliënten stonden: familieleden of hulpverleners. Anderen sympathiseerden meer op afstand, zoals film- en theatermakers, studenten in de sociale wetenschappen en journalisten.

SPREIDING VAN KENNIS

In de mediarage rond de kritische psychiatrie stond de democratisering van de gezagsverhouding tussen deskundigen en leken centraal. Het democratisch gehalte van *Wie is van hout...* werd door journalisten zeer geprezen. Zo schreef Foudraine: 'Het wordt tijd dat de psychiatrie van haar magische en geheimzinnige hoedanigheden wordt ontdaan; dat de psychiater [...] van zijn voetstuk komt en dat de

“leek” mee leert denken over datgene waar psychiaters mee worstelen.¹⁰⁹ In *NRC Handelsblad* omschreef Wout Woltz *Wie is van hout...* als een verslag van ‘het gevecht van een intelligente eenling tegen een conformistische wereld.’¹¹⁰ Laing en Foudraine stonden dus te boek als mensen die het grote publiek eindelijk eens een kijkje gunden in het psychiatrisch bolwerk en die het leken zodoende mogelijk maakten om hun eigen mening te vormen over psychiatrische problematiek. Wellicht daarom genoten hun denkbeelden een grote sympathie onder journalisten.

Journalist Ferd. Rondagh, de ‘ontdekker van Foudraine’, werkte voor de van oorsprong katholieke krant *de Volkskrant*. Die probeerde zich eind jaren zestig van haar verzuilde karakter te ontdoen, onder meer door veel aandacht te besteden aan maatschappijkritische denkbeelden en acties. Het democratische pleidooi van Foudraine paste daar goed bij. ‘Katholieken hadden zeker iets in te halen’, denkt Rondagh achteraf. ‘Gezag was daar altijd heel belangrijk geweest. Katholieken hadden zelfs hun eigen bioscopen. Jongeren moesten een gelofte afleggen dat ze alleen naar goedgekeurde films zouden gaan.’¹¹¹ In november 1970 plaatste Rondagh in *de Volkskrant* een voorpublicatie uit *Wie is van hout...* De keus viel op het verhaal over de behandeling door Foudraine van de ‘defectschizofreen’ Karel (zie Inleiding), die vanwege zijn streng katholieke opvoeding verteerd werd door een grote angst voor de hel en door schuldgevoelens over zijn masturbatiegedrag.

Ook in andere kranten en tijdschriften werd de kritische psychiatrie zeer enthousiast onthaald. Slechts een enkele journalist twijfelde eraan of het wáar was dat aandoeningen als schizofrenie geen erfelijk bepaalde neurologische of biologische oorzaak kenden. Zo waren de meeste recensenten vol lof over zowel het boek van Foudraine als de film *Family Life* – inclusief *De Telegraaf*, het dagblad dat indertijd bekend stond als de stem van conservatief Nederland. Journaliste Nel Noordzij noemde Foudraine in die krant een ‘begaafde eenling’ die ‘mee mens [was] met de mensen.’¹¹² De ‘op zelfontplooiing georiënteerde psychiatrie’ die Janice ten deel viel in de therapeutische gemeenschap werd alom geprezen.¹¹³ In de *Haagse Post* schreef journalist Heerma van Voss over Foudraine’s *Wie is van hout...*: ‘De hoofdthema’s kunnen niet genoeg herhaald worden: Schizofrenie is geen lichamelijke ziekte, maar het resultaat van jeugdervaringen; de melodie van het boek was me vertrouwd en uit het hart gegrepen’.¹¹⁴

Tegenstemmen waren er echter wel. Zo schreef Johanna Fortuin gedecideerd in *De Groene Amsterdammer*: ‘Men kan wel alles wijten aan het systeem, dat neemt helaas niet weg dat sommige mensen echt ziek zijn en als de ziekte er eenmaal gekomen is helpt het weinig als je boe roept tegen het systeem, dan moet je naar de dokter, zelfs met alles risico’s vandien’.¹¹⁵ Journalist C.B. Doolaard van *Het Parool* vroeg zich af of het nuttig was als progressieve psychiaters zoals het hoofd van de therapeutische gemeenschap in *Family Life* meer kansen zouden krijgen. Hij zag weinig nut in ‘meer fluweel aan de handschoen’ van de psychiatrie.¹¹⁶ In *de Volkskrant* veegde columnist Jan Blokker de vloer aan met Foudraine’s voorstel om psychiatrische patiënten om te dopen tot leerlingen van een

levensschool. ‘De gedachte is [...] niet nieuw’, schreef hij. ‘Noem werklozen arbeidsreserve en de crisis komt nooit meer terug.’¹¹⁷ Blokker besloot zijn stuk: ‘Lees nu Foudraine nog eens aandachtig over en maak in je eigen woorden een opstel van 470 pagina’s op het thema: de ontwikkelingslanden zijn niet meer arm als we ze rijk noemen; of: Luns is links als hij dat wil; of: de NAVO kan genezen als we haar in het vervolg aanduiden als Instituut voor Vrede en Vriendschap.’

Bovendien ontdekte Heerma van Voss in 1972 dat Foudraine niet geheel open was geweest over de lotgevallen van een van de *causes célèbres* uit *Wie is van hout...*: de jonge schizofreen Walter, die door jarenlange gesprekken met Foudraine uit de psychische ‘rimboe’ zou zijn verlost. Walter was drie maanden na beëindiging van de therapie overleden, in de woorden van Foudraine als gevolg van een ‘stompzinnig ongeluk’. Het was ‘zeker geen zelfmoord’ geweest. Bij navraag bleek de jongen te zijn gestikt in een stuk zeep, dat hij had ingeslikt om zichzelf te reinigen. Heerma van Voss vond het toch wel een ‘zelfmoordachtig ongeluk’.¹¹⁸ Hij drong er bij Foudraine op aan om in de komende drukken van zijn boek het tragische einde van Walter genuanceerder te beschrijven. In de volgende oplage echter bleek het overlijden van Walter in het geheel niet meer voor te komen in Foudraine’s boek. Heerma van Voss was woedend en noemde Foudraine een ‘jokkebrok’.¹¹⁹ Hij vond het relaas van Foudraine niets meer waard nu was gebleken dat hij de pijnlijke kanten van zijn behandelingen wegmoffelde.¹²⁰

OPENHEID

Het verlangen naar openheid speelde een dominante rol in de Nederlandse kritiek op het medisch model in de klinische psychiatrie. Dit verlangen kende twee aspecten: het verlangen naar eerlijkheid over pijnlijke kwesties, zoals in de affaire-Walter; en een pleidooi voor meer openheid over emoties. Tijdens het eerder genoemde congres *Te gek om los te lopen* vond een incident plaats dat tekenend was voor dit pleidooi voor ‘emotionaliteit’. Een man betrad het podium om de zaal om hulp te vragen. Zijn vrouw zat in een inrichting en hij vertelde emotioneel over de kritiek die hij had op dat ziekenhuis en op de behandelend psychiater, die ook op het congres aanwezig was. De zaal viel stil, tot een ‘zeer geëmotioneerde jonge vrouw’ bijna huilend door de microfoon zei: ‘Dit is een voorbeeld, nu is er een cliënt en iedereen valt stil, nu kunnen jullie niks, omdat jullie de situatie niet aankunnen, verdomme, je mag hier niet eens emotioneel zijn.’¹²¹

In 1971 schreef ook Heerma van Voss in de *Haagse Post* dat de Nederlandse samenleving nog veel te leren had ‘qua openheid [...] en emotionaliteit’.¹²² Gevraagd hoe hij erbij kwam om zich als journalist te specialiseren in de geestelijke gezondheidszorg, vertelde Heerma van Voss dat dit een sterk autobiografische achtergrond had. Tijdens zijn studietijd, midden jaren zestig, was hij via vrienden in aanraking gekomen met de psychoanalyse. Openheid over persoonlijke zaken had hij van huis uit niet meegekregen en Heerma van Voss ervoer het als een bevrijding om te praten over de sfeer van zijn jeugd en de relatie met zijn ouders.

Heerma van Voss: 'Ik denk dat ik mijn eigen positieve ervaringen met psychotherapie toen vertaalde in de hoop dat iets angstwekkends als schizofrenie misschien ook door middel van psychotherapie genezen kon worden, of in ieder geval meer begrijpbaar werd.'¹²³

Ook bij journaliste Van Overeem, die in *NRC Handelsblad* veel aandacht besteedde aan de kritiek op de klinische psychiatrie, gingen sympathie voor de kritische psychiatrie en de wens om de emotionaliteit binnen de Nederlandse cultuur te bevorderen hand in hand. Naar aanleiding van de film *Kind van de zon* bespiegelde Van Overeem bijvoorbeeld dat 'onze cultuur die zich uitslooft voor de intellectuele opleiding van jonge mensen, maar het levensbelang van een emotionele ontwikkeling onvoldoende erkent – barst van de "onzichtbare baby's" [...] Uitwendig "grote" mensen blijven ze inwendig door een gebrek aan liefde ongebooren'.¹²⁴ Van Overeem had een katholiek verleden. Na jarenlang non te zijn geweest, trad ze in 1965 uit na een therapie bij psychoanalytica Anna Terruwe. Van Overeem vond de Nederlandse maatschappij in positieve zin veranderd sinds haar intrede in het klooster in de jaren vijftig. In haar eigen woorden was er meer aandacht gekomen voor het 'vrouwelijke in de cultuur', ofwel voor 'alles wat met het geestelijke te maken heeft, alles wat je niet meten, tellen of weten kunt – het subjectieve'.¹²⁵ De kritische psychiatrie paste binnen deze feminisering van de samenleving, vond Van Overeem.

Openheid over emoties was ook een thema onder redactieleden van de *Gekkenkrant*. In de vrouwen- en mannenpraatgroepen waaraan de redactieleden deelnamen, werd uitgebreid gesproken over persoonlijke zaken.¹²⁶ Diverse redactieleden waren indertijd zelf in psychotherapie. Sommigen waren behandeld in de therapeutische gemeenschap voor adolescenten Amstelland, onderdeel van PZ Santpoort – een TG die te boek stond als lichtend voorbeeld voor hoe het zou moeten in de klinische psychiatrie. Een aantal redactieleden nam deel aan experimentele moderne Amerikaanse groepstherapieën. Volgens redactielid Bakker hadden de makers van de *Gekkenkrant* 'toevallig zelf allemaal leuke of goeie therapeuten gehad, en daardoor een soort ideaalbeeld van hoe therapie kan zijn.'

De wens om 'taboes' te doorbreken en gevoelige kwesties bespreekbaar te maken, was typerend voor de mentaliteit die rond 1970 heerste in ons land, betoogt historicus James Kennedy, die in dit verband spreekt van een 'bespreekbaarheidsideologie'.¹²⁷ Allerlei zaken werden indertijd meer bespreekbaar gemaakt, van pedofilie en de dood tot aan euthanasie en de verschrikkingen van de holocaust. Openheid over vermeende misstanden in de psychiatrische ziekenhuizen paste perfect binnen de heersende bespreekbaarheidsideologie. Ook meer in het algemeen moest het taboe rond psychisch lijden doorbroken worden, vonden veel Nederlanders indertijd. Mensen zouden opener moeten worden over hun depressieve, angstige of agressieve gevoelens. Dit betoog was uiteraard sterk verweven met het feit dat steeds meer Nederlanders rond 1970 in therapie begonnen te gaan, een proces dat gestimuleerd werd doordat een psychotherapeutische behandeling in steeds meer gevallen door de overheid werd vergoed.¹²⁸ De titel 'psycho-

therapeut' was indertijd overigens nog onbeschermd en allerlei vormen van behandeling die nu veeleer tot de New Age worden gerekend, zoals schreeuwtherapie of reïncarnatietherapie, konden destijds nog als psychotherapie worden aangeduid.¹²⁹ Ook literatuur over psychologische onderwerpen verkocht goed.¹³⁰ Van het boek *Ik ben OK, jij bent OK* (1973) van Thomas Harris werden hier zelfs 250.000 exemplaren verkocht.¹³¹

Rond de nieuwe vormen van therapie hing een idealistische sfeer. Volgens Laing kon psychotherapie 'alles wegsnijden wat tussen ons staat: de stutten, maskers, rollen, leugens, afweerhoudingen, angsten, projecties en introjecties, kortom, al het transport uit het verleden'.¹³² Dit soort bevlogenheid was het sterkst in kringen van mensen die zich bezighielden met de moderne 'sensitivity-trainingen' ofwel 'encounter-groepen': uit Amerika afkomstige vormen van groepstherapie die bedoeld waren om mensen zichzelf en elkaar beter te leren kennen. Eind jaren zestig ontstond in ons land grote belangstelling voor deze nieuwe vormen van groepstherapie. Mensen waren bang voor elkaar, was het achterliggende idee achter dergelijke 'groeigroepen'. Ze verscholen zich achter 'maskers'. In de sensitivity-trainingen was het dan ook de bedoeling dat mensen zo eerlijk mogelijk tegen elkaar zeiden wat ze van elkaar vonden. 'Verstoppen niet toegestaan', meldde journaliste Van Overeem, die in het liberale dagblad *NRC Handelsblad* verslag deed van een trainingsdag. In 1970 bestonden in Nederland allerlei centra die dergelijke trainingen aanboden, zoals Center, Stichting Xoelapepel, de Kosmos en het Instituut voor Communicatie. Het ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk promootte de moderne trainingen door er een televisiefilm over te laten maken, genaamd *Latsi in training*.¹³³

Het protest in Nederland tegen het medische model in de klinische psychiatrie was voor een belangrijk deel een pleidooi voor een psychotherapeutische variant van psychiatrische hulpverlening, zo is in paragraaf 2.1 betoogd. In deze paragraaf is dit pleidooi voor klinische psychotherapie verbonden met de breder levende idealen van vrijheid, gelijkheid en openheid. Die idealen waren overigens niet in alle opzichten zo nieuw als ze werden gepresenteerd. Het betoog voor cultuurhervorming rond 1970 bediende zich weliswaar van een jargon over een 'oude' versus een 'nieuwe' samenleving, net zoals Laing en Foudraine een beeld schetsten van een 'oude' versus een 'nieuwe' psychiatrie. Waarschijnlijk echter waren auteurs als Szasz, Laing, Foudraine en Fromm mede zo populair omdat hun ideeën in veel opzichten aansloten bij langer bestaande culturele tradities. Zo was hun heropvoedingsprogramma voor de westerse burger, die meer zelfstandig diende te worden en verantwoordelijkheid moest nemen voor zijn eigen leven, een radicalisering van het pedagogische élan dat leefde in de zogenaamde Beweging voor Geestelijke Volksgezondheid. Binnen deze Beweging van psychiaters, pedagogen en psychologen die ernaar streefden de samenleving gezonder te maken, werd al in de jaren vijftig en vroege jaren zestig gepleit voor het opheffen van de vermeende psychische onvolwassenheid van de Nederlander.¹³⁴

2.3 *Het ziekmakende gezin*

De heersende wens om zowel de klinische psychiatrie als de Nederlandse samenleving als geheel te hervormen, werd door de boeken van met name Laing, Foudraïne en Cooper gekanaliseerd in de richting van een aanval op het gezin. In veel families zou vooral het gebrek aan individuele vrijheid, gelijkheid en openheid schrijnend zijn. Ouders onderdrukten de persoonlijkheid van hun kinderen, kinderen mochten niet meebeslissen in het gezin en over emoties of persoonlijke zaken werd vaak nauwelijks gesproken. Cooper betoogde in zijn boek *Het einde van het gezin* (1970) dat het opvoeden van kinderen in de praktijk het afbreken van hun persoonlijkheden betekende.¹³⁵ Zijn boek verkocht goed in Nederlandse vertaling. In 1975 gaf het populair-wetenschappelijke boek *Ik, jij, wij allemaal. Relaties met anderen* bovendien ruim baan aan de radicale denkbeelden van Cooper.¹³⁶ Andragoloog Marinus van Breugen presenteerde daarin de ideeën van Cooper en stelde instemmend dat de ‘Ster-reclame-knusheid van het gezinsleven’ maar al te vaak in schril contrast stond tot de realiteit.¹³⁷

In de mediareacties op *Wie is van hout...* en *Family Life* was de vraag in hoeverre ouders schuldig waren aan de psychiatrische stoornis van hun kinderen een belangrijk thema. Van *De Telegraaf* tot *De Waarheid* werd naar aanleiding van de film *Family Life* stevig gescholden op ouders, met hun keurige gazonnetjes en burgerlijke ideeën. Ook *Kind van de zon* vond zeer een enthousiast onthaal. De relatie tussen Anna en haar ouders was in de reacties op deze films eveneens een dominant thema. De recensent van *de Volkskrant* omschreef *Kind van de zon* als een film over een ‘verregaande communicatie-stoornis in een keurig middenstandsgezin’.¹³⁸ Foudraïne, die beweerde dat kinderen vaak het slagveld waren waarop ouders hun onderlinge strijd uitvochten,¹³⁹ werd enthousiast binnengehaald als de nieuwe Freud, die in tegenstelling tot de aartsvader van de psychoanalyse wél tot het uiterste durfde te gaan door het gezin expliciet aan te wijzen als bron van psychische moeilijkheden. De vraag in hoeverre de ouders schuld droegen voor het lot van hun dochter Janice was een belangrijk thema in de Nederlandse ontvangst van *Family Life*. Veel recensenten meenden dat in de film terecht een beschuldigende vinger naar de ouders werd uitgestoken, vooral naar de moeder die zich te veel met het leven van Janice zou bemoeien.

Al in de jaren veertig van de twintigste eeuw betoogde Fromm dat ouders de ‘psychologische atmosfeer of geest van een samenleving’ overbrachten op hun kinderen.¹⁴⁰ Hij zag het gezin als een afspiegeling op micro-niveau van de verstikkende mentaliteit in de hele westerse samenleving. Laing en Foudraïne waren het hier mee eens. Beiden waren sterk beïnvloed door Fromm en door de zogenaamde Amerikaanse neofreudianen: psychiaters zoals Harry Stack Sullivan, Frieda Fromm-Reichmann, John Rosen, Carl Whitaker en Harold Searles. Allen hielden zij zich bezig met psychotherapie bij psychotische patiënten, iets waar Freud zelf weinig in had gezien.¹⁴¹ De neofreudianen verklaarden psychische problemen bovendien nadrukkelijk tot problemen *tussen* mensen, waarmee ze ook een nieuwe

draai gaven aan de psychoanalyse. Stack Sullivan noemde schizofrenie reeds in de jaren twintig een reactie op voortdurende gevoelens van onveiligheid in de jeugd. De belangrijkste figuur in die levensfase was de moeder, en een kind nam haar gevoelens makkelijk over. Als moeder onrustig en bang was, werd haar kind dat ook; met verstrekkende gevolgen voor diens latere sociale, emotionele en seksuele ontwikkeling. Sullivans ideeën kwamen bekend te staan als ‘interpersonal psychoanalysis.’ De particuliere kliniek Chestnut Lodge werd dé plaats waar psychotherapie bij schizofrenen op basis van Sullivan’s denkbeelden werd geïmplementeerd.

Fromm-Reichmann, die daar werkte, introduceerde in 1949 de berucht geworden term ‘schizofrenogene moeder’: moeders die door hun gedrag schizofrene verschijnselen opwekten in hun kinderen.¹⁴² Deze moeders zouden enerzijds heel dominant zijn en de levens van hun kinderen op allerlei manieren proberen te beïnvloeden, terwijl ze anderzijds op emotioneel vlak afstandelijk waren. Kinderen trokken zich als reactie terug in hun eigen waanwereld. Rosen schreef in 1953 een artikel getiteld *The perverse mother*, waarin hij betoogde dat schizofrenen waren grootgebracht door ontaarde moeders met een verwrongen moederinstinct.¹⁴³

Ondanks het feit dat de Amerikaanse neofreudianen zich in hun theorievorming sterk bezighielden met gezinsrelaties als achtergrond van psychische problemen, behandelden zij nog steeds voornamelijk individuele patiënten. De neofreudianen vormden een overgang tussen de intrapsychische benadering van Freud en de interpersoonlijke benadering van psychotherapie door de zogeheten systeemtherapeuten, die tijdens de jaren zestig furore maakten. Gezinstherapeuten als Theodore Lidz werkten het interpersoonlijke model van geestesziekte verder uit door de ouders, partners, broers en zussen van de ‘geïdentificeerde patiënt’ bij de behandeling te betrekken. Ook door deze gezinstherapeuten waren Laing en Foudraine sterk beïnvloed.

Een cruciale rol in de ontwikkeling van de gezinstherapie werd gespeeld door de communicatie- of systeemtherapeutische theorieën afkomstig uit het Palo Alto Mental Research Institute in Californië. In de jaren vijftig had de antropoloog Gregory Bateson hier samen met ‘communicatie-onderzoeker’ Jay Haley, antropoloog John Weakland en psychiater Don Jackson zijn ‘double bind’-theorie uitgewerkt. Bateson en zijn collega’s betoogden dat communicatiepatronen tussen mensen ziekmakend konden zijn. Zij wezen op het schadelijke effect van ‘dubbele boodschappen’. Wanneer een moeder tegen haar kind zei: ‘Natuurlijk houd ik van je’, maar dit op boze toon uitsprak terwijl ze het kind van zich afhield als het haar een knuffel wilde geven, dan wekte dit verwarring over moeders ware gevoelens. Een ander voorbeeld waren onmogelijk te vervullen verzoeken van ouders, zoals het gebod: ‘Ik eis dat je ongehoorzaam bent aan mij.’ Langdurige blootstelling aan dergelijke verwarrende communicatiepatronen werkte verlamdend, maakte onzeker en kon op den duur zelfs schizofrene toestanden veroorzaken, betoogden Bateson en zijn collega’s.¹⁴⁴

Laing – die begin jaren zestig aan het hoofd stond van de onderzoeksafdeling

‘schizofrenie en gezinsrelaties’ van het Londense Tavistock Institute of Human Relations – reisde op kosten van het Tavistock Institute naar Amerika om onder anderen Bateson en Jackson persoonlijk te ontmoeten; Bateson werd een vriend voor het leven.¹⁴⁵ Zelf verrichtte Laing samen met collega Aaron Esterson onderzoek naar de gezinsachtergrond van elf jonge vrouwen met de diagnose schizofrenie. Laing en Esterson voerden gesprekken met hun gezinsleden – soms met allen tegelijk, soms met de gezinsleden afzonderlijk, en soms met twee leden van een familie – waarbij opvallend vaak gekozen werd voor het duo moeder en dochter. In 1964 publiceerden Laing en Esterson hun resultaten in het boek *Sanity, madness and the family* (*Gezin en waanzin*).¹⁴⁶ De ervaringen en gedragingen die psychiaters doorgaans zagen als symptomen van schizofrenie, aldus Laing en Esterson, bleken in hoge mate begrijpelijk wanneer ze in een sociale context werden geplaatst. In het geval van patiënte Claire Church bijvoorbeeld bleek de moeder Claire’s pogingen om duidelijk te maken wat ze voelde systematisch tegen te werken. De moeder was ‘ontoegankelijk voor de dochter als een afzonderlijk individu, dat anders is dan zijzelf.’¹⁴⁷ Ook speelde ze met Claire een spel van aantrekken en afstoten. Hierdoor waren Claires zogenaamde ‘affectarmoede ontstaan’ en haar ‘strijdigheid van denken’, stelden Laing en Esterson.

Al benadrukten Laing en Foudraine het belang van met name de moeder voor het psychisch welzijn van haar kind, officieel namen ze afstand van het beruchte concept van de schizofrenogene moeder van Fromm-Reichman. Foudraine: ‘Geen vader en moeder zorgen er bewust voor dat hun kind de psychiatrische inrichting indraait. Zij zijn mensen met enorme innerlijke conflicten, die ze vaak via hun kinderen tot oplossing trachten te brengen.’¹⁴⁸ Ook Laing betoogde in zijn boek *Gezin en waanzin* dat het niet zijn bedoeling was ouders de schuld te geven van de ziekte van hun kind. Hij wilde geen causale verbanden leggen, maar slechts proberen om het proces van gek worden ‘begrijpelijk’ te maken door het in sociale context te plaatsen. Het beschuldigen van ouders was dan wel niet de bedoeling van Laing en Foudraine, het was wel de consequentie van hun nadruk op de gezinsinteractie rond psychiatrische patiënten.

In de films *Family Life* en *Kind van de zon*, en in het theaterstuk *Toestanden*, werden de moeders van ‘schizofrene’ meisjes verbeeld als dwingend, hard en ongevoelig, en de vaders als zwak, afwezig en (seksueel) gefrustreerd. In een cruciale scène uit *Kind van de zon* probeert de hoofdpersoon Anna haar moeder te vertellen hoe rot ze zich voelt. De moeder weert de ontboezemingen af: ‘Denk je dat ik gelukkig ben als ik jou zo zie? Ik wil toch alleen maar je geluk!’ Anna protesteert: ‘Laat me met rust, mamma, ik ben geen dingetje waar je op drukt en dan gaat het draaien, want het draait niet!’ Ze vraagt haar moeder om haar vast te pakken en te troosten. De moeder raakt Anna evenwel niet aan en vraagt of haar dochter geen zakdoek bij de hand heeft. Ze maant haar dochter tot kalmte.¹⁴⁹ Meevoelen met het ‘stroeve ouderpaar’ van Anna was moeilijk, vond een recensent.¹⁵⁰

HET BELANG VAN DE MOEDER

De theorievorming van kritische psychiaters over het ziekmakende gezin paste goed bij het algehele verzet tegen 'burgerlijke' ouders dat in de jaren zestig was gegroeid in ons land. Na de naoorlogse periode, waarin het belang van het kerngezin als hoeksteen der samenleving door politici, geestelijken, psychiaters en pedagogen sterk werd bepleit, brak in de jaren zestig in ons land een tijdperk aan waarin juist de negatieve kanten van het gezinsleven werden benadrukt, vooral door jongeren.¹⁵¹ Psychiaters konden moeiteloos worden bijgezet in het rijtje 'vijanden' van de zich ontplooiende jeugd, naast ouders en leraren. Zo kwam in 1967 popartiest Frank Zappa aan het woord in het psychedelische *underground*-blad *Witte krant/de papieren tijger*. Hij vertelde aan de interviewer: 'Omdat mijn ouders zo verrot waren wil ik proberen rein te zijn'. Toen hem vervolgens werd gevraagd of hij meende dat psychiaters wellicht behulpzaam konden zijn in dit proces, ontstak Zappa in grote woede: 'Die idioten! Die lafaards! Jezus, dat is je vader en moeder met een ander uniform aan.'¹⁵²

Uiteraard kwam die aanval op ouders niet plotseling uit de lucht vallen. Schrijvers als Gerard van het Reve beschreven het gezinsleven al tijdens de jaren veertig en vijftig als beklemmend.¹⁵³ Zo wordt de hoofdpersoon uit *De Avonden*, Frits van Egters, ten aanzien van zijn lijdzame ouders heen en weer geslingerd tussen weezin en vertederling.¹⁵⁴ De romanfiguur Frits van Egters groeide in de jaren zestig uit tot held van de naoorlogse protestgeneratie. Zo schreef Jan Vrijman in 1960 in het jongerenblad *Twen*: 'Van het Reve's ouders staan niet alleen; er zijn duizenden vaders en moeders die hun zoons en dochters ergeren, vervelen en tot wanhoop brengen. Met hun vermolmde stokpaardjes, hun onbegrijpelijke opvattingen, hun gebrek aan gevoel, begrip, smaak en hun inhoudsloze levenswaarden. Wat mankeert deze mensen?'¹⁵⁵

Het verzet tegen de als 'burgerlijk' beschouwde ouders kan wellicht mede worden verklaard vanuit het feit dat een explosief snel stijgend aantal jongeren in de jaren zestig ging studeren en op kamers ging wonen. De fysieke afstand van de ouders maakte verzet wellicht beter mogelijk.¹⁵⁶ De aanval op het gezinsleven kan echter ook gezien worden als reactie op het gegeven dat het gezinsleven tijdens de jaren vijftig sterk op een voetstuk was gezet. De stereotiepe beeldvorming van kritische psychiaters en hun sympathisanten over ziekmakende, dominante moeders en afwezige vaders kan worden beschouwd als een negatief getoonzette radicalisering van naoorlogse rolpatronen tussen man en vrouw, die in ons land lang waren vastgehouden. In het burgerlijke gezin lag de taak van de vader traditioneel buitenshuis, terwijl de moeder verantwoordelijk was voor het huishouden, het sociale leven en het lichamelijk en psychisch welzijn van man en kinderen. Getrouwde vrouwen waren hier tot 1956 juridisch gezien handelingsonbekwaam. Werken was voor gehuwde vrouwen lange tijd zeer ongebruikelijk; in 1960 verrichtte slechts vier procent van hen betaald werk buiten de deur.¹⁵⁷

Psychiaters en pedagogen leverden een belangrijke rechtvaardiging voor de

taak van de vrouw als liefhebbende ‘huismoeder’. De Engelse psychiater Bowlby en de Amerikaanse pedagoog Spock, die hier in Nederland veel invloed hadden, benadrukten dat voortdurende liefdevolle aanwezigheid van de moeder van essentieel belang was voor een gezonde psychische ontwikkeling van het kind.¹⁵⁸ Een veelzeggend citaat uit 1966, afkomstig uit een populair Nederlands handboek voor kinderverzorging, luidde: ‘Elke moeder die van haar kind houdt [...] zal zich inspannen om haar plichten zo goed mogelijk na te komen. Er rust een grote verantwoordelijkheid op haar, want het kind krijgt de gevolgen te dragen van al wat zij verkeerd zou doen.’¹⁵⁹ De aanval begin jaren zeventig op het ziekmakende gezin, die vooral gericht was op de moeder, was enerzijds een afrekening met het naoorlogse ideaal van het kerngezin als hoeksteen van de samenleving en veilige thuishaven voor het individu. Anderzijds was het juist een radicalisering van de stereotiepe rolverdeling tussen man en vrouw die tijdens de jaren vijftig en zestig was verdedigd, vooral van de notie dat het gedrag van de moeder allesbepalend zou zijn voor het welzijn van het kind.

2.4 Conclusie

Alhoewel Foudraine en andere critici zeker vonden dat er op termijn gestreefd zou moeten worden naar afbraak van de inrichtingen,¹⁶⁰ was het protest tegen de psychiatrische ziekenhuizen begin jaren zeventig nog niet toonzettend in Nederland. De rage rond de kritische psychiatrie was begin jaren zeventig zeker geen algehele afwijzing van alle psychiatrische hulpverlening. Niks doen voor mensen met psychische problemen zou een verwerpelijke vorm van *laissez-faire* zijn, betoogde bijvoorbeeld ex-patiënt Tellegen. Weliswaar zagen sommige critici, zoals het radicale Patiëntenfront, geen heil in welke vorm van psychiatrische hulpverlening dan ook omdat alle zorg in zichzelf onderdrukkend zou zijn. Deze meer extreme en politiek georiënteerde stroming wist haar idealen echter in weinig concrete sociale acties om te zetten. De alternatieve hulpverlening fungeerde in de praktijk al snel als toevoeging aan het bestaande aanbod van geestelijke gezondheidszorg en van sociale acties kwam voorlopig weinig terecht.

Het dominantst in ons land begin jaren zeventig was de psychotherapeutische stroming in de kritische psychiatrie, die visueel werd verbeeld door het theaterstuk *Toestanden* en door de films *Family Life* en *Kind van de zon*, en die een pleidooi vormde voor een alternatieve, ‘op zelfontplooiing gerichte’ variant van psychiatrische hulpverlening. Laing en Foudraine waren, naast anderen, belangrijke bronnen van inspiratie. Feitelijk stond de kritiek op het ‘medisch model’ in de klinische psychiatrie dus in dienst van een pleidooi voor een intensivering van de hulpverlening aan mensen met psychische problemen. Zoals de *Gekkenkrant* het verwoordde, hadden in de intramurale psychiatrie opgenomen mensen het recht om behandeld te worden. De emotionele en relationale problemen van ‘vastgelopen’ mensen moesten niet langer worden toegedekt onder een laag medicatie, er

diende te worden óntdekt en blootgelegd door middel van 'praten, praten en nog eens praten'. Het contact tussen behandelaars, verpleegkundigen en cliënten moest intensiever worden en het ziekmakende gezin zou idealiter bij de behandeling moeten worden betrokken.

Kritische psychiaters zorgden bovendien, zo wilde dit hoofdstuk laten zien, voor een koppeling van de drang tot maatschappijhervorming en de vernieuwingsdrang ten aanzien van de klinische psychiatrie. Verbindende factoren op ideologisch niveau waren het streven naar vrijheid, gelijkheid en openheid. Onder invloed van de kritische psychiatrie werd deze culturele vernieuwingsdrang gekanaliseerd in een aanval op het 'burgerlijke' gezin. Ook in de praktijk van de psychiatrische hulpverlening waren de idealen vrijheid, gelijkheid en openheid belangrijke pijlers van vernieuwingsdrang, zoals de komende hoofdstukken zullen laten zien. En ook in de klinische psychiatrie richtte de vernieuwingsdrang zich voor een belangrijk deel op het ziekmakende gezin.

Vluchten of veranderen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1 De omwenteling

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

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

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

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

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

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

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

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

PLEIDOOI VOOR EEN 'SOCIAAL MODEL'

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

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

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

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

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

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

GEZINSTHERAPIE

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

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

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

VERANTWOORDELIJKHEID

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

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

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

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

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

LEREN ‘HELIKOPTEREN’.

ENTHOUSIASME ONDER HET PERSONEEL

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

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

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

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

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

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

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

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

Voor verpleegkundige Bunt werden de bewoners plotseling veel meer invoel-

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

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

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

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

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

3.2 Het dagelijks leven in de therapeutische gemeenschap

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

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

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

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

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

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

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

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

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

REGELMAAT ALS ONTSNAPPING

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

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

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

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

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

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

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

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

3.3 *'Piet' en het behandelklimaat*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

‘KARAKTERNEUROSEN’ EN ‘LOSMAKINGS- PROBLEMATIEK’: DIAGNOSTIEK OP CONOLLY

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

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

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

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

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

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

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

EMOTIES DOORLEVEN: DE GERINGE STATUS VAN MEDICATIE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.4 Paradoxen en systemen: therapieën op Conolly

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ZIEKE SYSTEMEN: RELATIE- EN GEZINSTHERAPIE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LOSMAKINGS PROBLEMATIEK

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

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

heer zijn leven lang “trekezels” te zijn en dat ook niet willen.’⁹⁹

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

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

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

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

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

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

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

ZIEKTE VAN HET CHRISTENDOM

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

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

3.5 *Bewustzijnsverruiming*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DE BELEVING VAN BEWONERS

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

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

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

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

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

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

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

3.6 *Het conflict*

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

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

ANTI PSYCHIATERS

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

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

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

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

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

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

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

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

VERPLEEGKUNDIGE IDENTITEIT ALS PUNT VAN CONFLICT

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MOEIZAME RELATIES MET DE BUITENWACHT

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

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

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

DE UITBARSTING

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.7 *Conclusie*

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

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

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

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

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

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

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

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

Van asiel tot revalidatiecentrum

Vernieuwingsdrang in psychiatrisch ziekenhuis Brinkgreven sinds 1962

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

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

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

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

4.1 Brinkgreven als behandelcentrum

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

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

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

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

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

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

KIEMEN VAN VERNIEUWING

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

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

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

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

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

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

4.2 *Brinkgreven in een stroomversnelling*

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

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

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

EEN GROEISTUIP

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

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

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

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

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

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

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

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

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

REVOLUTIE OP 'KOSTSCHOOL'

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

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

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

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

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

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

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

VERPLEEGKUNDIGEN IN THERAPIE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONFLICTEN OVER DE VERPLEEGKUNDIGE IDENTITEIT

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

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

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

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

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

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

4.3 *Gevecht tegen de verstarring*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

'MANNUS'

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

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

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

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

ACTIVERING ALOM

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

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

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

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

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

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

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

4.4 Conclusie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

‘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 Foudraine 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 Foudraine’s kritische ideeën.¹ Onder inrichtingspsychiaters waren de meningen over *Wie is van hout...* verdeeld. Zowel psychiatrisch centrum St. Willibrord als psychiatrisch ziekenhuis Vogelenzang nam Foudraine medio jaren zeventig in dienst, om zijn ideeën in de praktijk te komen brengen.² 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.³

Veel verpleegkundigen, in Vijverdal en ook elders, namen de denkbeelden van kritische psychiaters als Laing en Foudraine ondertussen gretig tot zich.⁴ Volgens een van hen leek het indertijd alsof er ‘een hele nieuwe wereld openging voor de psychiatrie.’⁵ 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’.⁶

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.⁷ 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 Foudrainé’s *Wie is van hout...*: ‘We are all much more simply human than otherwise’: we zijn allen bovenal mens.⁸

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 Mathijssen, 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 Mathijssen, gaven steun, opvang, schouderklopjes en ‘aanpassingsmedicijnen’. Een volwassen psychiatrie daarentegen, ‘de psychiatrie op haar best’ aldus Mathijssen, 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.’⁹

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.¹⁰ Een hilarische scène uit de film, die op de Nederlandse televisie werd uitgezonden en een groot bioscoopsucces was, is getiteld 'Experiment'.¹¹ 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.¹² 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.¹³

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),¹⁴ 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.¹⁵ Tussen 1969 en 1972 ging Van Ree voortvarend aan de slag om de 'dogmatische verstarring' op Zuideroord te doorbreken.¹⁶ Op het 'nieuwe' Zuideroord stond vrijheid in het dagelijks leven voorop. Net als op Amstelland gingen ook hier de deuren van de afdeling open.¹⁷ 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.¹⁸ Ook binnen Vogelenzang wekte de vermeende anarchie op de nieuwe TG weerstand op, aldus Van Ree.¹⁹

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.²⁰ Over Zuideroord werd begin jaren zeventig een televisiedocumentaire gemaakt.²¹ 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.²² 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.²³ 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.²⁴ 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.²⁵ 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).²⁶

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.²⁷ 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.'²⁸ 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.²⁹ 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.'³⁰

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.³¹

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.³²

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.³³ Daarbij was er veel chroniciteit in de inrichtingen. De directie van de Utrechtse Willem Arntsz Stichting sprak van ‘grote inerte plassen van patiënten’.³⁴ In Santpoort verbleef in 1964 maar liefst tachtig procent van de opgenomen mensen al langer dan vijf jaar in het ziekenhuis.³⁵ Ongeveer de helft van alle patiënten van psychiatrisch ziekenhuis Endegeest verbleef er in 1965 langer dan twintig jaar.³⁶

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.³⁷ 'Er was sprake van een zekere terreur', stelde een verpleger uit het Delftse psychiatrisch centrum Joris vast.³⁸

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.'³⁹ 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.'⁴⁰ Zijn collega De Smet, die aan het hoofd stond van het Heiloose 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'.⁴¹

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.⁴² 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 Foudraine’s *Wie is van hout...* De sfeer werd zodanig, dat we niet alles wat ons werd opgedragen accepteerden.’⁴³ Verpleegkundigen vormen van oudsher verreweg de grootste beroepsgroep in de intramurale psychiatrie. Hun aantal nam absoluut en relatief toe rond 1970.⁴⁴ 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.⁴⁵

Vooraf 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.’⁴⁶ In de vooruitstrevende zwakzinnigeninstelling Dennendal (zie hoofdstuk 2), een inspirerend voorbeeld voor veel verpleegkundigen in de klinische volwassenenpsychiatrie, speelden dienstweigerars – die als verpleeghulp op Dennendal hun vervangende dienstplicht kwamen vervullen – een cruciale rol in de overgang naar een meer vrijzinnig leef- en werkklimaat.⁴⁷ Deze pacifisten waren kritisch ingestelde mensen, die bovendien vaak hoger opgeleid waren dan voor het verpleegkundig werk was vereist.⁴⁸

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.⁴⁹ De directie reageerde hard: twee dienstweigerars 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.⁵⁰ 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.⁵¹ 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.⁵² 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.⁵³

Psychiater Van Ree uit psychiatrisch ziekenhuis Vogelenzang sloot eind jaren zestig een bepalend 'bondgenootschap' met verpleegkundige Jacobien, die samen met hem op Zuiderdoord werkte.⁵⁴ 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.⁵⁵ 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.⁵⁶

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.⁵⁷ 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.⁵⁸ 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 vertoonde men in het onderwijs aan psychiatrisch verpleegkundigen films als *Family Life* en *Toestanden*.⁵⁹

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.⁶⁰

Ook waren verpleegkundigen zeer actief in de psychiatrische tegenbeweging. Ze waren ijverige bezoekers van kritische congressen⁶¹ 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.⁶² 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).⁶³ 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, Foudraïne, Laing en Szasz, en pleitten er onder meer voor patiënten meer verantwoordelijkheden te geven.⁶⁴ 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'.⁶⁵

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.⁶⁶ 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'.⁶⁷ 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.⁶⁸ Enkele kritische verpleegkundigen werden ontslagen.⁶⁹ 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'.⁷⁰

De scène 'Herkenning' toont een monoloog van een psychiatisch verpleegkundige, Nel, die haar beroep weer oppikt als haar kinderen het huis uit gaan.⁷¹ In het psychiatisch 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 tweeënhalve 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 psychiatische ziekenhuizen de identificatie met psychiatische patiënten toegenomen. Een verpleegkundige uit Welterhof herinnerde zich dat ze door het lezen van *Wie is van hout...* en Laings *Het verdeelde zelf* oog 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'.⁷² 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 psychiatisch ziekenhuis Brinkgreven. Op Amstelland en in psychiatisch centrum Welterhof was het destijds niet ongewoon dat cliënten bij hulpverleners thuis kwamen.⁷³ 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.⁷⁴

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.⁷⁵ Na publicatie van zijn boek werd Foudraine veel gevraagd om lezingen te geven voor verpleegkundigen.⁷⁶ 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.'⁷⁷

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.⁷⁸

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.⁷⁹ 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.⁸⁰ 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.⁸¹ 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.'⁸² 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.⁸³ 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.⁸⁴ Sivadon was bovendien spreker op een Nederlands congres over psychiatrische ziekenhuizen dat in 1968 gehouden werd.⁸⁵

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.⁸⁶ 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.⁸⁷

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.⁸⁸ 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.⁸⁹

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.⁹⁰ 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.⁹¹ 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.⁹² Geïnspireerd door 'aulabijeenkomsten' die gehouden werden op de universiteit van Nijmegen, organiseerde hij in Huize Padua maandelijkse 'platformbijeenkomsten', waar ieder personeelslid zijn mening over het beleid kon geven. De nieuwe koers van de directeur leidde tot een 'ideologisch schisma' in Padua.⁹³ 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.⁹⁴

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.⁹⁵ 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 gedwarsboemd 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.⁹⁶ 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.⁹⁷ 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, groepsgesprekservaring 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.⁹⁸

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.⁹⁹ 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.¹⁰⁰

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'.¹⁰¹ 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.¹⁰² 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 afgeschapt. 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.¹⁰³ Het antideskundigheidsdenken was op Conolly bovendien een belangrijke achtergrond van de conflicten met psychiaters als Wittenberg en Hendrickx.

5.3 'Dialogo 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 separeercel een kinderliedje zit te neuriën. 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.’¹⁰⁴ 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.¹⁰⁵ Hij pleitte, in zijn eigen termen, voor een overgang van een medisch naar een sociaal model.¹⁰⁶

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.¹⁰⁷ 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.¹⁰⁸ 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’ mocht-

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'.¹⁰⁹

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.¹¹⁰ 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.¹¹¹

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.¹¹² 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.¹¹³ 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.¹¹⁴ 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.¹¹⁵

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.¹¹⁶ Tijdens de naoorlogse decennia waren psychoanalytische denkbeelden en begrippen tot de basisinzichten van psychiaters gaan behoren.¹¹⁷ Nieuwere stromingen in de psychotherapie, zoals de humanistische psychologie, diverse vormen van groepstherapie, psychodrama en gezinstherapie, zetten zich vaak af tegen de klassieke psychoanalyse.¹¹⁸ 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.’¹¹⁹ Over Laing en Estersons *Gezin en waanzin* schreef psychiater Marlet: ‘Laing en Esterson slagen erin aan te tonen dat de gedragingen en uitlatingen 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.’¹²⁰

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.¹²¹ Ook bestonden er warme contacten tussen Kuiper en Van de Lande.¹²² 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.¹²³ De redactie van het *Tijdschrift voor Psychotherapie* weigerde echter samen te gaan met het psychiatrische vakblad, uit angst voor 'contaminatie van psychotherapie met psychiatrie.'¹²⁴

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 hoogleeraar psychiatrie Piet Kuiper, wiens leerboek voor psychiaters *Hoofdsom der psychiatrie* (1973)¹²⁵ 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.'¹²⁶

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.¹²⁷

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.¹²⁸ 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'.¹²⁹ 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'.¹³⁰

De strikte grens die de invloedrijke Utrechtse hoogleeraar 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.¹³¹ Veel psychiaters spraken tijdens de jaren zeventig in termen van een glijdende schaal ofwel een continuüm tussen 'normaal' en psychotisch.¹³² 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'.¹³³

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-

chiatrie 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.'¹³⁴ Anderen stelden dat psychofarmaca in de behandeling van psychosen van meer primair belang waren dan psychotherapie.¹³⁵

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.¹³⁶

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 aanname 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 1972.¹³⁷

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.'¹³⁸ Diverse inrichtingspsychiaters meldden dat botbreuken regelmatig voorkwamen; niet overal combineerde men de elektroshocks consequent met het toedienen van een spierverslappend middel of algehele narcose.¹³⁹ Angst van patiënten voor de shocktherapieën was een andere complicatie waarop psychiaters zelf al vroeg wezen.¹⁴⁰

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.¹⁴¹ 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.¹⁴² 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.¹⁴³

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'.¹⁴⁴ 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.'¹⁴⁵ 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.¹⁴⁶ Ook andere psychiaters zagen de psychofarmaca niet als geneesmiddelen, maar nadrukkelijk als symptoombestrijders.¹⁴⁷

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.¹⁴⁸ 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’.¹⁴⁹ Sommige middelen veroorzaakten Parkinson-achtige klachten.¹⁵⁰ 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.¹⁵¹ Verpleegkundigen berichtten dat patiënten soms heimwee hadden naar de stemmen waarmee ze jaren hadden geleefd.¹⁵²

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.’¹⁵³

‘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’.¹⁵⁴ 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’.¹⁵⁵ Psychiaters en verpleegkundigen hielden spreekuur in consultatiebureau’s 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.¹⁵⁶ 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.¹⁵⁷

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.¹⁵⁸ Weliswaar was tijdens de jaren zeventig het aantal chronische patiënten in de intramurale psychiatrie gedaald¹⁵⁹ en werd ook de gemiddelde opnameduur korter, het aantal heropnames in de intramurale psychiatrie was evenwel gestegen.¹⁶⁰ 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 behandelaanbod 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.¹⁶¹ '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.¹⁶²

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.¹⁶³ 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.¹⁶⁴ 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.'¹⁶⁵

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.¹⁶⁶ 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.'¹⁶⁷ 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.'¹⁶⁸

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 mislukking 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'.¹⁶⁹

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.¹⁷⁰ 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 sublimeerden ze in hun werk. Op Amstelland wilden zij de bewoners een alternatieve, 'goede' omgeving bieden: een nieuwe, bevrijdende familie.¹⁷¹

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.¹⁷² De psychoanalytisch opgeleide Van de Lande, die zelf als adolescent enige tijd van zijn ouders vervreemd was geraakt,¹⁷³ 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.¹⁷⁴

Alhoewel de behandelaars op Amstelland in een kwart van de gevallen ook het gezin van bewoners in voortgezette gezinstherapie namen,¹⁷⁵ stond losmaking centraal in hun aanpak, die wel is getypeerd als een 'therapeutische ontvoering'.¹⁷⁶ 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.¹⁷⁷ 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.¹⁷⁸ 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.¹⁷⁹ Een man die was opgenomen wegens hevige angsten, visuele en akoustische hallucinaties diagnostiseerde men als lijdende aan ‘individuatieproblematiek’, die het gevolg zou zijn van zijn afkomst uit een ‘rigide en wereldvreemd gezin.’¹⁸⁰

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 overstuur 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.¹⁸¹ 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.¹⁸² 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.¹⁸³ De psychische problemen van bewoner Cees interpreterde 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.¹⁸⁴

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.¹⁸⁵

'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.¹⁸⁶ 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.'¹⁸⁷ 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.¹⁸⁸ 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.¹⁸⁹ 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.'¹⁹⁰ Een vrouw die korte tijd op het Krisiscentrum verbleef, vertelde achteraf dat haar daar meteen werd gevraagd: 'Wilt U niet scheiden?'¹⁹¹

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.¹⁹²

In Welterhof ontstond medio jaren zeventig een Acute Hulppost waaraan een Krisis Interventie Centrum verbonden was, waar men enkele nachten kon slapen.¹⁹³ 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 suïcides 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.¹⁹⁴

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'.¹⁹⁵ 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.¹⁹⁶

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.¹⁹⁷

Rond 1980 vond een conflict plaats rond opnamepaviljoen Junianus van psychiatisch centrum St. Willibrord in Heiloo, waar de systeembenadering het leidende beginsel was.¹⁹⁸ 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.¹⁹⁹

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'.²⁰⁰ 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 gezingsdrang 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,²⁰¹ 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.²⁰² De aandacht van vooruitstrevende medewerkers van psychiatrische ziekenhuizen kon zich dus richten op het begeleiden van de terugkeer van patiënten in de maatschappij.²⁰³ In ons land bleef een grootschalige deïstitutionalisering 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’.²⁰⁴ 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.²⁰⁵

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.²⁰⁶ Her en der werden eind jaren zeventig pogingen gedaan om vroege vormen van ‘be-

schermwonen' 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.²⁰⁷ 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.²⁰⁸

Corrie van Eijk-Osterholt, die in 1972 het boek *Laten ze het maar voelen...* publiceerde over haar tweelingzus die al vijftientig jaar opgenomen was (zie hoofdstuk 2), schreef in 1976 over het achterblijven van de chronische patiënten een boos artikel getiteld 'Kinderen van de nacht'.²⁰⁹ 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.²¹⁰ 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.²¹¹

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.²¹²

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 werkvoet en op de bevoogdende leefregels voor het dagelijks bestaan.

De vooruitstrevendste afdelingen tijdens de jaren zeventig, zoals Conolly, Amstelland, Zuideroord of de Larikshof, 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 niet 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.²¹³

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 directeurs 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*.²¹⁴ 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' vooralsnog 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 bevlogenheid 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.

‘Vrijheid is therapeutisch’

Polarisatie van het debat rond de klinische psychiatrie na 1975

In 1980 verscheen het kinderboek *Otje* van Annie M.G. Schmidt. Het ging over een klein meisje, Otje, en haar onconventionele vader Tos. Die wordt op een kwade dag opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis, ‘Rusthuis Vredelief’. Daar overlegt hoofdzuster Snijbiet met de psychiater:

“Deze patiënt is zeer gevaarlijk dokter”, zei zuster Snijbiet. “Hij heeft niet alleen een agent aangevallen, maar ook mij heeft hij gewelddadig overrompeld.”

“Zo zo”, zei de dokter. “Wat hebt u hem gegeven?”

“Pillen”, zei de zuster. “En prikken.”

“Ja, natuurlijk”, zei de dokter ongeduldig. “Maar wat voor pillen en prikken?”

“Falderal”, zei de zuster.

“Geen Psychodram?”

“Ook. En Halsigee en Denderon.”

Als Tos protesteert, krijgt hij snel een shot ‘Miximax’. Daarna, besluit de dokter, moet hij een paar dagen ‘Flippodrol’ slikken en dan drie weken lang ‘Tranidal’.¹ Als Otje hoort dat haar vader is opgenomen, is ze erg boos. Haar vader is immers ‘helemaal geen patiënt, hij is enkel maar driftig’. Met hulp weet ze Tos gelukkig te bevrijden uit het Rusthuis. Haar vader ‘liep wat zwaaierig, zoals een dronken matroos en hij keek dof en onverschillig; dat kwam van alle spuitjes en pillen’, aldus het boek.

Bovenstaande scène uit *Otje* geeft aan hoezeer de kritiek op de psychiatrische inrichtingen en het gebruik van psychofarmaca cultuurgoed was geworden in de loop van de jaren zeventig. In talloze Nederlandse huishoudens en kantoren hing de beroemde Pandora-sticker of poster, gemaakt van spiegelend materiaal, met daarop de tekst: ‘Ooit een normaal mens ontmoet? En..., beviel het?’.² Vanaf 1980 kregen kleine kinderen het gedachtegoed van de kritische psychiatrie via *Otje* met de paplepel ingegoten. Veel middelbare scholieren kregen bovendien vanaf 1975 tijdens lessen maatschappijleer de film *Kind van de zon* te zien. Daarvan was, spe-

ciaal voor schoolvertoningen, een kortere versie van vijftig minuten gemaakt met een bijbehorend tekstboekje, dat was geschreven door de kritische psychiater Jan van de Lande van Amstelland.³ Van de muziek uit de film werd een single uitgebracht.⁴ Terwijl steeds meer Nederlanders zodoende in aanraking kwamen met de kritische psychiatrie, raakte de landelijke discussie over het medisch model in de klinische psychiatrie in toenemende mate gepolariseerd.

Ook op andere terreinen dan de psychiatrie was eind jaren zeventig sprake van een verharding van het culturele klimaat, tegen de achtergrond van een economische recessie. De sfeer in Nederland was niet meer zo optimistisch als rond 1970, toen een 'nieuwe maatschappij' om de hoek leek te liggen. In 1978 genoot de politieagent Bouwe Kalma, die werd ontslagen omdat hij openlijk sympathiseerde met de Duitse terroristische organisatie RAF, brede steun. In datzelfde jaar maakte columnist Hugo Brandt Corstius de criminoloog Wouter Buikhuisen uit voor fascist, omdat hij onderzoek wilde doen naar de biologische determinanten van agressief gedrag. In 1980 rolden de tanks door de Amsterdamse Vondelstraat, waar kraakpanden werden ontruimd, en vonden hevige rellen plaats rond de kroning van Beatrix tot koningin.

Zoals in het vorige hoofdstuk is beschreven, stuitte de genezingsdrang op de werkvloer van de intramurale psychiatrie in de loop van de jaren zeventig op enkele grenzen. In dit hoofdstuk wordt het niveau van de werkvloer losgelaten en staat een beschrijving van het landelijke debat rond de klinische psychiatrie centraal. Drie elkaar versterkende ontwikkelingen in en rond de klinische psychiatrie worden beschreven, die ertoe leidden dat dit debat rond 1980 gepolariseerd raakte.⁵ De eerste polariserende factor die aan bod komt, is het grote succes van de psychiatrische tegenbeweging, het geheel van protestgroeperingen die acties voerden tegen het medisch model in de klinische psychiatrie. Konden psychiaters begin jaren zeventig nog menen dat de rage rond de kritische psychiatrie een modieus en voorbijgaand tijdsverschijnsel was, eind jaren zeventig was het protest tegen het medisch model in de intramurale psychiatrie een gevestigd cultureel sjabloon geworden. De psychiatrische tegenbeweging was als nieuwe sociale beweging een moeilijk weg te denken speler geworden in het veld van de klinische psychiatrie.

Een tweede aspect van de polarisatie rond 1980 was de opkomst van de zogeheten anti-antipsychiatrie: het publieke tegenoffensief van psychiaters die de strijd aanbonden met het gedachtegoed van de kritische psychiatrie. Dit tegenoffensief was een nationaal én internationaal verschijnsel, dat werd gestimuleerd door de internationale emancipatie van de biologische psychiatrie als tak van wetenschap. De 'anti-antipsychiaters' kregen bovendien begin jaren tachtig steun van ouders van mensen met psychiatrische problemen. Vooral moeders protesteerden er heftig tegen dat zij sinds de jaren zeventig naar hun gevoel de schuld kregen van de ziekte van hun kinderen. Een derde dimensie van de polarisatie rond 1980 was de weerklank in Nederland van de 'democratische psychiatrie' uit Italië: een beweging van kritische hulpverleners die pleitten voor verre-

gaande afbouw van de psychiatrische inrichtingen onder het motto: 'Vrijheid is therapeutisch!'

6.1 *Rammelende sleutelbossen.* *Bloei van de psychiatrische tegenbeweging*

Begin jaren zeventig stond de kritiek op de klinische psychiatrie in het teken van een optimistisch idealisme. Veel reacties erop van psychiaters waren welwillend, zoals ook in het vorige hoofdstuk reeds bleek. Volgens Psychiater Rudi van den Hoofdakker wees het succes van auteurs als Laing en Foudraïne erop dat patiënten worstelden 'met vragen als: "nemen behandelaars ons wel serieus; voelen ze zich superieure wezens die aan het normale menselijke tekort ontsnapt zijn, voelen zij met ons de pijn en worsteling; kunnen wij hen vertrouwen; en stellen mijn behandelaars en verplegers, die voor mij zo belangrijke zijn, ook maar enige interesse in mij als mens?"'⁶ Piet Jongerius, hoofdredacteur van het *Tijdschrift voor Psychiatrie*, betoogde dat psychiaters werden afgerekend op het feit dat zij zich jarenlang schuldig hadden gemaakt aan 'een te grote zelfgenoegzame isolatie.'⁷ De Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid noemde het zelfs 'verheugend' dat het 'vraagstuk van de inrichtingen nu ook onder de aandacht van het publiek was gekomen'.⁸ De accommodatie in de psychiatrische ziekenhuizen stond inderdaad op een 'onaanvaardbaar laag peil', schreef men schuld bewust.⁹

Alhoewel sommige psychiaters wel meteen vijandig reageerden op de kritische psychiatrie, dachten of hoopten deze tegenstanders van de kritische psychiatrie dat ze te maken hadden met een tijdelijke rage. Geneesheer-directeur Stotijn van psychiatrisch ziekenhuis Endegeest sprak van een 'mode' onder psychiaters om sociaal geëngageerd te zijn.¹⁰ Psychiater Harry Rooijmans, een medewerker van de psychiatrische universiteitskliniek van de Universiteit van Groningen, omschreef de kritische psychiatrie in 1972 als onderdeel van een tijd die rijk was aan 'bittertafelrevolutionairen'. Hij vond het een schande dat Szasz, Laing en Foudraïne de waarde van de moderne psychofarmaca ontkenden. Rooijmans maande zijn collega's aan om de hoogdravende romantiek van dergelijke kritische psychiaters te laten voor wat zij was en gewoon door te gaan met hun werk.¹¹

In de loop van de jaren zeventig echter polariseerde het debat over de klinische psychiatrie, mede als gevolg van de bloei van de psychiatrische tegenbeweging. De kritische psychiatrie bleek geen voorbijgaande rage te zijn. De in 1973 opgerichte *Gekkenkrant* was een centrale organisatie binnen deze tegenbeweging. Redactieleden van dit protestblad reisden langs psychiatrische ziekenhuizen om hun krant aan de man te brengen en om hulpverleners en patiënten tot kritisch nadenken aan te zetten. De situatie op de bezochte afdelingen namen ze ondertussen kritisch onder de loep. Ook organiseerde de *Gekkenkrant*, vaak in samenwer-

king met kritische verpleegkundigen of patiënten, allerlei acties tegen wat zij beschouwden als misstanden in de intramurale psychiatrie.

Een tweede belangrijke organisatie binnen de tegenbeweging was de Cliëntenbond in de Welzijnszorg. Die was weliswaar al in 1971 opgericht, maar was de eerste jaren ‘niet meer dan een klein groepje pratende mensen’.¹² In 1973 kreeg de Cliëntenbond plotseling grote bekendheid, omdat er in het televisieprogramma *Een uur U* van Koos Postema aandacht aan was besteed. Een stroom van brieven volgde en het aantal leden groeide, tot 1200 in 1978.¹³ De rol van cliënten in de Cliëntenbond en daarmee de psychiatrische tegenbeweging als geheel nam sterk toe tijdens de tweede helft van de jaren zeventig. Voorzitter en mede-oprichtster Doortje de Graaf van de Bond was geen (ex-)cliënt maar familielid, net als veel anderen die bij de oprichting betrokken waren geweest. Centrale personen die na 1973 een belangrijke rol speelden in de beweging, zoals Willem Momma en Dunya Breur, hadden wél een psychiatrisch verleden.

Tijdens een Tocht van de Rammelende Sleutelbossen, vanaf het Malieveld naar de Nieuwspoor in Den Haag, liepen vier- à vijfhonderd mensen mee, ‘jong en oud en uit alle delen van het land’. Een lijst met zeventuizend handtekeningen van mensen die pleitten voor een betere rechtspositie van psychiatrische patiënten bood men de voorzitter van de Tweede Kamer aan. Tweeduizend van deze handtekeningen waren afkomstig van mensen die op dat moment in een psychiatrisch ziekenhuis waren opgenomen.¹⁴ De Cliëntenbond ontwikkelde zich steeds meer tot een actiegroep, waarmee overigens niet alle leden blij waren. Een cliënt stopte zijn activiteiten binnen de Bond omdat hij zich ergerde aan de ongenueerde sfeer van “pief, paf poef voor elke psychiater”.¹⁵ Ook de Stichting Pandora, die in 1964 was opgericht om de beeldvorming over de klinische psychiatrie te verbeteren, radicaliseerde na 1975, onder invloed van de kritische psychiatrie en ook doordat steeds meer vrijwilligers bij de Stichting werkten die zelf een psychiatrisch verleden hadden. Men werkte nauw samen met de Cliëntenbond en de *Gekkenkrant*.¹⁶ De rol van zaakwaarnemers in de psychiatrische tegenbeweging nam ondertussen gestaag af.¹⁷

‘ IK HAAT MIJN PSYCHIATER ’

Tijdens de jaren zeventig was ook een opvallende groei te zien van het aantal egodocumenten geschreven door (ex-)cliënten, die vertelden over hun psychiatrische opname.¹⁸ Kritiek op psychofarmaca, een respectloze bejegening door hulpverleners en de sleur van het inrichtingsbestaan waren belangrijke thema’s. De titels van de gepubliceerde egodocumenten geven de kritische instelling van veel auteurs duidelijk weer. Een titel luidde bijvoorbeeld: *Maar tenslotte verlies je toch... De ongelijke strijd tussen patiënten en de psychiatrie*. Een ander noemde zijn boek zonder omhaal *Ik haat mijn psychiater*. De ondertitel van het goed verkopende boek *In het land der blinden*, van schrijfster Evelien Paull, luidde: *Een martelgang door de psychiatrie*. Zij verweet haar psychiaters een gebrek aan medeleven (‘on-

liefde') en vergeleek hen met de artsen die in de Duitse vernietigingskampen van de Tweede Wereldoorlog 'achter hun tafeltjes zaten om de mensen die met beestenwagens werden aangevoerd te verdelen in; 'arbeitsfähig' en 'arbeitsunfähig'.¹⁹ (Ex-)cliënten lieten ook van zich horen door het voeren van processen en het indienen van klachten bij de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid.²⁰

In 1974 ontstond de *Landelijke werkgroep krankzinnigenwet*. Psycholoog Carel Muller, psychiater Frank van Ree en diverse medewerkers van *Release* Haarlem vormden aanvankelijk de spil van deze werkgroep, die zich later uitbreidde. De groep had succes: in 1975 werd de overheidscommissie Van Dijk ingesteld, die onderzoek ging doen naar de rechtspositie van de psychiatrische patiënt. In een rapport uit 1977 noemde de commissie, waarvan overigens ook Corrie van Eijk-Osterholt deel uitmaakte, deze positie 'verontrustend'. Men ging toewerken naar een nieuwe krankzinnigenwet om de oude uit 1884 te vervangen. Ook moesten er volgens de commissie onafhankelijke vertrouwenspersonen komen voor patiënten en een nauwkeurige verslaglegging van gebruikte dwangmiddelen.

Vanaf 1975 werden pogingen gedaan om alle losse organisaties die kritiek uitte op de klinische psychiatrie samen te brengen in een landelijk platform. Eenheid was niet altijd makkelijk bereikt. Zo verweten sommige leden van de Cliëntenbond de redactie van de *Gekkenkrant* dat ze spraken in naam van de patiënten, terwijl ze zelf nauwelijks een psychiatrisch verleden zouden hebben.²¹ Breur moest ook niets hebben van de intellectuele cultuurkritieken die werden verkondigd in het Solidariteitscomité SPK (zie hoofdstuk 2). Ze noemde hun opstelling 'schandelijk' en 'griezelig'. Breur: 'Ze hadden nergens iets van begrepen, stonden alleen maar te ouwehoeren over het SPK in Heidelberg; nooit eens in normale mensentaal, maar altijd van die angstaanjagende, theoretische verhalen.'²² Ook patiëntenraden waren lang niet altijd te spreken over de acties van de tegenbeweging. De raad in Coudewater sprong bijvoorbeeld op de bres voor psychiaters, die volgens hen ten onrechte als sadisten werden afgeschilderd door de psychiatrische tegenbeweging, terwijl ze in feite het beste voorhadden met hun patiënten.²³ Zoals beschreven in hoofdstuk 2 stonden ook in de *Gekkenkrant* regelmatig brieven van verontwaardigde patiënten die hun verpleegkundigen en psychiaters verdedigden en meenden dat de psychiatrische tegenbeweging hen van de regen in de drup hielp door haar ongenueanceerde kritiek.

Toch ontstond uit het bonte geheel van kritische organisaties in 1975 het *Kollektief Landelijke Acties in de Psychiatrie* (KLAP).²⁴ Veel gevoerde acties hadden een symbolisch karakter. Zo kreeg de staf van de Valeriuskliniek, de psychiatrische kliniek van de Amsterdamse Vrije Universiteit, een vergulde plastic 'pil' aangeboden van één meter doorsnee, als symbool van de 'onderdrukkende medicalisering van het maatschappelijk kwaad'.²⁵ Een 'leedzuigactie' bestond eruit dat een aantal mensen uit de redactie van de *Gekkenkrant* op bezoek ging in de inrichtingen rond Amsterdam, met een enorme wagen met een lange slurf eraan die bedoeld was om vuil mee uit goten en putten te zuigen. Met deze wagen, die men had ge-

leend van de Amsterdamse gemeentereiniging, kwam men het leed van de patiënten symbolisch opzuigen. Aan het einde van de dag lieten de actievoerders een grote ballon op met een groot spandoek eraan, waarop de tekst stond: “Amsterdammers, hier gaat uw leed.”²⁶

‘EEN WERELD VAN TOLKIEN’

In de loop van de jaren zeventig werden de acties van de tegenbeweging evenwel minder ludiek. De toenemende felheid van de psychiatrische tegenbeweging hing onder meer samen met een aantal affaires in de intramurale geestelijke gezondheidszorg waarbij hervormers als verliezers uit de bus kwamen. Deze affaires speelden zich niet af in de volwassenenpsychiatrie maar wel in aanverwante sectoren, waardoor ze ook op het debat in en rond de intramurale psychiatrie veel invloed hadden. Allereerst legde in oktober 1973 psychiater J.R.M. Maas zijn functie neer als geneesheer-directeur van de Professor Pompe-kliniek, een TBR-inrichting in Nijmegen. Maas, die was geïnspireerd door onder anderen Laing en Cooper,²⁷ probeerde hier vanaf de oprichting in 1966 een therapeutische gemeenschap te creëren.²⁸ ‘Kan het niet zijn’, schreef hij in 1973 in zijn boek *Bomen spreken*, ‘dat zich-niet-kunnen-aanpassen iets goeds is’.²⁹ Mede doordat er in Nijmegen hevige bezorgdheid bestond over vrij rondlopende cliënten van de Pompe-kliniek, was Maas zeer omstreden. Uiteindelijk koos hij ervoor om zijn functie neer te leggen.

Een meer extreme affaire speelde zich af in 1974 rond de zwakzinnigeninrichting Dennendal. In hoofdstuk 2 kwam het eerste conflict rond Dennendal ter sprake, dat zich voordeed in 1971. Hieruit kwamen psycholoog Muller en zijn aanhangers glorieus naar voren. Dennendal ging hierna ‘Nieuw Dennendal’ heten. In 1974 echter volgde een tweede conflict, dat een traumatische afloop kreeg voor de ‘Mullerianen’.³⁰ Het kabinet Den Uyl gaf op 3 juli 1974 opdracht tot de ontruiming van Dennendal, nadat de ontwikkelingen daar waren geëscaleerd als gevolg van interne problemen en externe druk. De ontruiming was een dramatisch evenement. Medewerkers lieten zich wegslepen met bloemen tussen hun tanden, anderen keken met tranen in de ogen toe. ‘Mullerianen’ zagen een parallel met de deportatie van de joden tijdens de Tweede Wereldoorlog.³¹ Muller beschouwde het einde van Nieuw Dennendal als een voorbode van de nakende apocalyps. ‘We komen terecht in een wereld van Tolkien’, aldus Muller, ‘waarin de aarde woester en onaardiger wordt, waar boze magiërs zich breed maken tegen witte magiërs.’³² Ook op de redactie van de *Gekkenkrant* wekte het tweede Dennendal-conflict een oorlogszuchtige sfeer. In 1974 schreef men: ‘De krachten die het Dennendal konflikt – voorlopig? – gewonnen hebben zijn sterk en gevaarlijk. En nu zijn ze nog meer op hun hoede dan voorheen.’³³

'ONE FLEW OVER THE CUCKOO'S NEST'

In 1975 verschenen een boek en een film die de landelijke discussie rond de intramurale psychiatrie verder op scherp zetten. 'Kees' (niet langer Cees of C.J.B.J.) Trimbos publiceerde in dat jaar *Antipsychiatrie: een overzicht*.³⁴ In dat boek, dat belangrijk bijdroeg aan de respectabiliteit en bekendheid van de kritische psychiatrie, zette hij de denkbeelden van onder anderen Laing, Cooper, Foudraïne, het SPK, Basaglia en Szasz uiteen. Hij bracht hen samen onder de noemer 'antipsychiatrie'. Trimbos karakteriseerde 'de antipsychiatrie', zoals in de Inleiding al is beschreven, met behulp van vier kenmerken: verwerping van het medisch model, verwerping van de inrichtingspsychiatrie, verwerping van de sociale controlefunctie van de psychiatrie, en een positieve waardering van de 'waanzin'.

Mede door zijn boek ontstond een beeld van de antipsychiatrie als internationale en inhoudelijk samenhangende stroming, vergelijkbaar met bijvoorbeeld de psychoanalyse. Bovendien zorgde het boek van Trimbos voor een verdere verspreiding van de denkbeelden van Laing, Cooper en andere kritische psychiaters, door hen bijeen te brengen en op toegankelijke wijze te beschrijven. De term antipsychiatrie won door het boek van Trimbos aan bekendheid en zeggingskracht, en werd vanaf de tweede helft van de jaren zeventig steeds vaker gebruikt – zowel door sympathisanten van de kritische denkbeelden, waaronder Trimbos, als ook door tegenstanders ervan. Veel kritische psychiaters en andere hulpverleners bleven zich evenwel verzetten tegen het etiket. Ook Trimbos wilde geen antipsychiater genoemd worden. Toch werd hij door zijn lezers geregeld vereenzelvigd met de ideeën die hij beschreef.³⁵

Grote hoeveelheden olie werden op het vuur van de discussie over de klinische psychiatrie gegooid door de film *One flew over the cuckoo's nest* (1975) van regisseur Milos Forman. De film was gebaseerd op het gelijknamige boek van de Amerikaanse auteur Ken Kesey uit 1961. Boek en film beschreven de strijd van een groep psychiatrische patiënten, aangevoerd door de rebel Randal McMurphy, tegen het autoritaire en medische psychiatrische regime. De tirannieke hoofdzuster Nurse Ratched, gekleed in een helderwit uniform en met een strenge knot op haar hoofd, was hiervan het ultieme symbool. Uiteindelijk maakten psychiaters McMurphy onschadelijk door middel van een lobotomie. Toch was er een lichtpuntje: één patiënt, de reusachtige Indiaan Chief Broom, was door alle consternatie uit zijn mutistische versuffing ontwaakt en wist uit de psychiatrische inrichting te ontsnappen. Het verzet tegen 'het systeem' zet zich ondanks de repressie voort.

Michael Douglas, de zoon van acteur Kirk Douglas die in 1963 de hoofdrol speelde in de Broadway-versie van *One flew over the cuckoo's nest*, was de producent van de verfilming van Kesey's boek, die maar liefst vijf Oscars won. Een daarvan ging naar acteur Jack Nicholson, die in de film de rol van McMurphy speelde. *One flew over the cuckoo's nest* draaide maandenlang in de Nederlandse bioscopen en trok vele tienduizenden bezoekers. Actievoerders uit de psychiatrische tegen-

beweging deelden bij de ingang van bioscopen folders, stickers en informatie uit. Ook de Nederlandse vertaling van Kesey's boek, *En eenkje zag ze vliegen*, verkocht overigens bijzonder goed.³⁶

Kesey had het verhaal in zijn boek vooral metaforisch bedoeld, als allegorie over de conformistische westerse samenleving (het medische regime in de klinische psychiatrie) en de indertijd opkomende tegencultuur (Randal McMurphy). Kesey was in de jaren zestig een voorman van de Amerikaanse psychedelische revolutie. Met zijn commune de Merry Pranksters (de 'Vrolijke Grappenmakers') trok hij in een felbeschilderde bus door Amerika. Onderweg nuttigde men grote hoeveelheden LSD. Het doel van de Pranksters was om een bewustzijnsrevolutie te bewerkstelligen onder Amerikanen door hen te shockeren en daardoor aan het denken te zetten. Veel bioscoopbezoekers vatten de film *One flew over the cuckoo's nest* waarschijnlijk echter vooral op als een aanklacht tegen de situatie in de klinische psychiatrie. Zo schreef een recensent in *De Telegraaf* zeer lovend over deze 'vlammende aanklacht tegen de gang van zaken in psychiatrische inrichtingen.'³⁷ Kesey's beeld van de klinische psychiatrie was evenwel gebaseerd op de Amerikaanse intramurale psychiatrie van de jaren vijftig, die hij had geobserveerd als nachtwacht in een psychiatrische universiteitskliniek. Indertijd werkten Amerikaanse psychiaters inderdaad veel met lobotomieën en elektroshocks.³⁸ In hoeverre het beeld uit *One flew over the cuckoo's nest* van toepassing was op de gang van zaken in de Nederlandse intramurale psychiatrie tijdens de jaren zeventig, was een vraag die in de reacties op de film niet aan de orde kwam.

NATIONALE ANTI-SHOCK ACTIE

In 1976 ging de Nationale Anti-Shock Actie (NASA) van start. Een behandeling met elektroshocks zou verboden moeten worden, vonden de actievoerders. Shocks waren schadelijk voor brein en geheugen, en patiënten ervoeren ze als een marteling. De film *One flew over the cuckoo's nest* stimuleerde dit protest tegen de elektroshockbehandeling. De rebel McMurphy wordt daarin voor straf 'geshockt'. Ook de film *Kind van de zon* bevatte een indringende scène waarin Anna, de vrouwelijke hoofdpersoon, een shockbehandeling ondergaat.

In de praktijk werd de elektroshockbehandeling medio jaren zeventig in veel psychiatrische ziekenhuizen zelden tot nooit meer toegepast. In psychiatrisch ziekenhuis Voorburg bijvoorbeeld behandelde men in 1953 driehonderd mensen met een elektroshockkuur.³⁹ In 1960 was dit aantal gehalveerd en in 1972 werd de laatste patiënt er 'geshockt', net als bijvoorbeeld in het Leidse psychiatrische ziekenhuis Endegeest. Het 'shocken' verdween zeker niet geheel; deels verplaatste de lokatie van deze behandeling zich van de psychiatrische ziekenhuizen naar psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ-en).⁴⁰ In 1979 waren er volgens officiële cijfers 46 mensen behandeld met shocks.⁴¹ Tijdens de jaren vijftig en begin zestig was de behandeling met elektroshocks echter een veelvuldig gebruikte therapie in de intramurale psychiatrie. De ervaringsverhalen van (ex-)

cliënten over deze periode kwamen in de loop van de jaren zeventig los. De klinische psychiatrie kreeg de rekening gepresenteerd voor zijn verleden.

In het *Bulletin van de Cliëntenbond* en in de *Gekkenkrant* werden indringende verhalen gepubliceerd van mensen die een ECT-behandeling hadden ondergaan. Een vrouw vertelde bijvoorbeeld hoe ze als 17-jarig meisje wegens hevige angsten werd opgenomen. 'Ongeveer twee keer in de week kwam er een bord', herinnerde ze zich, 'een soort verkeersbord, rond en naar ik meen met een rode rand [...]. Er stond op NUCHTER. De eerste keer vroeg ik mij vol verbazing af wat dat te betekenen had. Wel ik zou het gauw weten. Ik kreeg niets te eten of te drinken en werd op een rijdende brancard naar een aparte kamer gebracht waar de psychiaters en een paar broeders en zusters zich bevonden. Ik werd met mijn hoofd tot vlak bij een apparaat gebracht, een elektrische meter. Er zaten twee draden met een soort klossen aan vast. Die klossen werden op elke slaap van je hoofd gezet. Het moment wat dan kwam was het ergste. De stroom werd ingeschakeld en de klossen die tegelijkertijd op je hoofd waren gezet zorgden dat je bewusteloos raakte.' Deze vrouw omschreef haar behandeling met elektroshocks, evenals vele andere ex-patiënten, als een kwelling.⁴²

De psychiaters Van de Lande en Van Ree waren de enigen uit hun beroeps-groep die publiekelijk sympathiseerden met de NASA. In psychiatrisch ziekenhuis Vogelenzang shockte men volgens Van Ree weliswaar de laatste patiënt in 1973, maar hij vond de shockbehandelingen – waaraan hijzelf in de jaren vijftig en zestig overigens had meegewerkt – een dusdanige 'mishandeling' dat hij van harte sympathiseerde met het streven om deze behandelwijze uit te bannen.⁴³ Naar aanleiding van de publicaties in de *Gekkenkrant* en het *Bulletin van de Cliëntenbond* stelden twee kamerleden van de PvdA vragen over de behandeling met elektroshocks.⁴⁴ Ook de media raakten hevig in de NASA geïnteresseerd.

Redactielid Goudswaard van de *Gekkenkrant* herinnerde zich dat presentator Fred Emmer van het NOS-journaal op een dag naar een psychiatrisch ziekenhuis kwam waar de NASA een demonstratie hield. Goudswaard: 'Emmer vroeg: "Waar is nou die NASA?" en toen zeiden wij: "Dat zijn wij!" Die man sloeg steil achterover. Hij dacht dat er duizenden mensen bij betrokken waren. Dat vonden wij fantastisch, dat je zo'n enorme impact kan hebben terwijl je maar met een paar mensen bent.'⁴⁵ De acties van de NASA duurden tot eind jaren zeventig. Een zwartboek werd opgesteld van psychiatrische ziekenhuizen waar nog werd 'geschockt'. Een motie van leden van de Tweede Kamer om de behandeling met elektroshocks te verbieden werd in 1979 echter niet aangenomen. Wel verzocht de overheid psychiaters om met het gebruik van de electroshock uiterste terughoudendheid te betrachten.

In 1984 kondigde de regering vervolgens officiële richtlijnen af voor toekomstige behandelingen met elektroshocks. De toepassing hiervan werd sterk aan banden gelegd. De elektroshockbehandeling mocht alleen nog maar in academische ziekenhuizen worden uitgevoerd, in uitzonderingsgevallen en slechts indien de patiënt er zelf toestemming voor had gegeven. De patiënt moest bovendien onder

gehele narcose worden gebracht en diende bovendien spierverslappers te krijgen, om het risico op verschoven ruggewervels en botbreuken te minimaliseren.⁴⁶ Alhoewel het protest tegen de elektroshocks ten dele een protest was geweest tegen een achterhaalde situatie, had de actie wel degelijk het effect dat sommige psychiaters die nog wel werkten met elektroshocks, hier kritischer naar gingen kijken. Een psychiater vertelde achteraf dat hij sinds de anti-shockacties nooit meer had geschokt.⁴⁷

6.2 Geestesziekte als 'innerlijke onvrijheid'. Opkomst van de 'anti-antipsychiatrie'

Terwijl de psychiatrische tegenbeweging zodoende bloeide, ontstond midden jaren zeventig ook een tegenreactie vanuit de psychiatrische beroepsgroep op de kritische psychiatrie. Een nieuw fenomeen zag het daglicht: psychiaters mengden zich in het openbare debat om de klinische psychiatrie te verdedigen. In de media gebruikte men de term 'anti-antipsychiatrie' voor dit verschijnsel.⁴⁸ Al vóór het midden van de jaren zeventig waren er natuurlijk psychiaters die fulmineerden tegen de denkbeelden van Foudraine, Laing en andere critici, zoals de eerder genoemde Rooijmans. Zij richtten zich daarbij echter voornamelijk tot hun collega's, door te publiceren in vakbladen. Met de grootschalige kritische aandacht van de media en het grote publiek, een nieuw verschijnsel, wist men zich duidelijk nog niet goed raad. Op het eerste congres van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie in oprichting, in 1973, was een dag gewijd aan het onderwerp 'Psychiatrie en publiciteit'.

NIEUWE ARGUMENTEN

De Rotterdamse psychiater P.J. Stolk, die werkzaam was in het Rotterdamse psychiatrisch ziekenhuis Delta, schreef in 1975 als eerste een boek dat zich richtte tegen de kritische psychiatrie en op een breed lezerspubliek: *Een soort vuur*.⁴⁹ In dit vlotgeschreven boek, dat net als Foudraine's *Wie is van hout...* veel aangrijpende gevalsbeschrijvingen bevatte, verdedigde Stolk de visie op geestesziekte als een individuele, vaak genetisch bepaalde invaliderende aandoening. Hij uitte kritiek op Foudraine en Szasz. 'Vroeger', aldus Stolk, 'werd de geesteszieke opgesloten en vergeten, nu wordt zijn bestaan ontkend. Het komt op hetzelfde neer.'⁵⁰ Zeker was het een waardevolle bijdrage geweest, vond hij, dat de menswetenschappen erop hadden gewezen dat niet alle afwijkend gedrag simpelweg als ziekte moest worden geïnterpreteerd. Maar soms was er wél sprake van ziekte. Dat feit zag men nu echter makkelijker dan vroeger over het hoofd: de ziektesymptomen waren minder zichtbaar dan vroeger, omdat de moderne psychofarmaca de hallucinaties of wanen en de bijbehorende angsten en agressie tegengingen. Het effect daarvan

was bedrieglijk: psychotische mensen leken nu 'gezonder' dan ze feitelijk waren.⁵¹ Het onderscheid tussen 'gek' en 'normaal' was echter slechts *schijnbaar* verminderd. Stolk hechtte veel waarde aan onderzoek naar de erfelijke bepaaldheid van schizofrenie. Psychofarmaca achtte hij, ondanks de vervelende bijwerkingen, van onschatbare waarde in de behandeling van schizofrenie, meer dan psychotherapie. Soms was psychotherapie ook van grote betekenis, maar dan nog werd hij mogelijk gemaakt door de medicijnen.⁵²

Sommige mensen, betoogde Stolk, wáren helaas geestesziek. Hun symptomen verdwenen niet zomaar wanneer ze als 'zinvol' werden erkend en de behandelaar de wanen of hallucinaties 'direct accepteert in hun communicatieve betekenis', zoals Foudraine impliceerde.⁵³ Een psychose wás niet zinvol. Wel was het zo, dacht Stolk, dat de inhoud van stemmen en wanen niet los gezien kon worden van iemands levensloop en omstandigheden. Stemmen verwoordden vaak de angsten of verborgen wensen van een patiënt. De psychose nam kortom altijd een persoonlijke 'kleur' aan. Dat wilde echter nog niet zeggen dat levensproblemen de psychose ook hadden *veroorzaakt*.

Stolk keerde zich verder tegen het populaire idee dat de communicatie tussen ouders en kinderen van groot belang zou zijn in het ontstaan van schizofrenie. Het was een kip-of-eikwestie, vond hij. 'Zelfs als we zo ver zouden gaan', schreef Stolk, 'aan te nemen dat er bij schizofrenie altijd gestoorde gezinsrelaties zijn, dan rijst toch de vraag of deze ook altijd de oorzaak zijn van de psychose, dan wel soms ook het gevolg van bepaalde karaktertrekken van het kind die als voorboden van de psychose te beschouwen zijn. [...] Zijn de eigenschappen, die bij de ouders van schizofrenen worden gevonden, niet gemakkelijk te begrijpen als hun reactie op de stoornis bij het kind?'⁵⁴ Volgens Stolk werd ouders vaak impliciet te verstaan gegeven dat zij de bron waren van de ziekte van hun kind: 'Nu weet ik wel', schreef hij, 'dat niemand de ouders de schuld geeft, dat het een tragische, noodlottige situatie heet te zijn; maar die ouders trekken toch meestal wel hun eigen conclusies en ze hebben het daar niet altijd gemakkelijk mee.'⁵⁵

Net als eerdere critici van Laing, Cooper, Szasz en Foudraine ging ook Stolk niet expliciet in op de *emotionele* argumenten die belangrijke pijlers vormden in het betoog van kritische psychiaters en de psychiatrische tegenbeweging: het gevoel van cliënten dat ze onverschillig of autoritair bejegend werden, hun negatieve beleving van fysieke behandelmethoden en hun klacht dat behandelaars geen oog zouden hebben voor henzelf als mens, of voor de psychische crisis als een betekenisvolle episode in hun leven. Door zijn gevoelvolle gevalsbeschrijvingen maakte Stolk zeker duidelijk dat hij oog had voor de ervaringen en gevoelens van zijn patiënten, maar zijn argumentatie bewoog zich voornamelijk op een rationeel niveau. Daarentegen bracht Stolk wel een ander belangrijk en nieuw emotioneel argument in de discussie: het leed van ouders van mensen met schizofrenie, die beschuldigd zouden worden van de ziekte van hun kind. De hardvochtige bejegening van familieleden van cliënten zou in de komende jaren een belangrijk onderdeel worden van de 'anti-antipsychiatrie', zoals later in deze paragraaf nader wordt beschreven.

Een soort vuur verkocht niet bijzonder goed; een tweede druk kwam uit in 1978. Wel besteedden de media de nodige aandacht aan het boek. Veel journalisten bleken nog altijd sterk op de hand van de kritische psychiatrie. Zo schreef een journalist van *Vrij Nederland*: ‘Na 26 drukken “Wie is van hout?” [sic] door Jan Foudraïne hield ik het voor onmogelijk, dat een psychiater het nog aandurfde de nieuwe opvattingen binnen de psychiatrie met ongekeerde felheid aan te vallen.’ Dat Stolk dit toch deed werd voor deze journalist, die duidelijk weinig gecharmeerd was van *Een soort vuur*, al begrijpelijker toen hij het terrein van psychiatrisch ziekenhuis Delta opreed, waar hij Stolk kwam interviewen. Zoals hij in zijn recensie schreef: ‘Op bankjes in de zon zitten mensen te wuiven. In Rustoord, waar Stolk zijn werkkamer heeft, hangt dezelfde moedeloos makende sfeer die je in zoveel psychiatrische inrichtingen nog aantreft. Metershoge muren (waarom maken ze die plafonds toch zo hoog?); vervelozende deuren; zalen met witgedekte bedden; alle buitendeuren voorzien van sloten, die uitsluitend met speciale lopers geopend kunnen worden [...] Ja, als je als psychiater in zo’n ambiance je dagelijks werk doet kom je haast automatisch tot het schrijven van een boek als “Een soort vuur”.’⁵⁶

Ondanks dergelijke badinerende recensies en de relatief geringe verkoopcijfers vergeleken met die van Laing of Foudraïne, vormde Stolks boek het startschot in de strijd die sommige psychiaters in daarop volgende jaren aangingen met het gedachtegoed van de kritische psychiatrie. Stolk toonde aan dat verdedigers van het ‘medisch model’ ook konden wat tot dan toe vooral de critici ervan hadden gedaan: proberen om het grote publiek voor je standpunten te winnen door je tegenstanders ervan te betichten dat hun denkbeelden in emotioneel opzicht slachtoffers maakten. Stolks tegenoffensief tegen de kritische psychiatrie zou hem duur komen te staan. In 1976 werd hij geneesheer-directeur van het psychiatrisch centrum Joris in Delft, waar geneesheer-directeur Van Wirdum was afgetreden nadat dit ziekenhuis medio jaren zeventig onder vuur was komen te liggen van de psychiatrische tegenbeweging en in hun kielzog ook van de media en enkele politici (zie hoofdstuk 5). Bij wijze van ludieke stunt solliciteerde de redactie van de *Gekkenkrant* op de ontstane vacature, maar benoemd werd zoals gezegd Stolk, hetgeen uiteraard olie was op het vuur. De situatie in het psychiatrisch centrum Joris bleef de daaropvolgende jaren explosief. Verpleegkundigen bleven meer inspraak eisen en keerden zich massaal tegen het gebruik van psychofarmaca. Hun protest werd ondersteund door een verslag van onafhankelijk onderzoek, dat in 1977 het bestaan bevestigde van veel van de wantoestanden die in 1975 in het zwartboek van de *Gekkenkrant* waren gesignaleerd. In 1978 ontsloeg Stolk een kritische verpleegkundige, hetgeen een nieuwe storm van protest ontketende. Ondanks het feit dat tijdens het bewind van Stolk het medicijnbeleid in psychiatrisch centrum Joris opnieuw werd geëvalueerd en multidisciplinaire teambesprekingen gangbare praktijk werden in dit ziekenhuis, bleef Stolk de man van het medische model. Uiteindelijk legde hij zijn functie in 1980 neer.⁵⁷

Ook de toenmalige (plaatsvervangende) Hoofdinspecteur voor de Geestelijke

Volksgezondheid, psychiater Wout Hardeman, keerde zich in het openbaar tegen de kritische stroming binnen de psychiatrie. In *de Volkskrant* van 7 april 1978 stond een verslag van een toespraak die Hardeman hield bij de opening van een nieuw gebouw van psychiatrisch ziekenhuis Veldwijk te Ermelo. In die rede oefende hij kritiek uit op de 'antipsychiatrie', die ervan uit zou gaan dat de patiënt zijn eigen psychiater kon zijn. Dat leidde, aldus Hardeman tot verkommering van patiënten. Een zwaar psychotische patiënt zou op straat gezet zijn omdat hij zich misdragen had. 'Ik geloof dus', aldus Hardeman in Ermelo, 'dat mensen die eenmaal in dat afwijkende gedrag terecht gekomen zijn, in het algemeen dat gedrag hebben vanuit een innerlijke onvrijheid. En dat het onjuist is om te doen alsof die mensen vrij zouden zijn in hun keuze, hun keuze of ze zich willen laten behandelen en zo ja hoe.'⁵⁸ De kritiek van Hardeman leidde zelfs tot Kamervragen, maar Hardeman wilde niet vertellen op welke concrete situatie hij doelde. Pas jaren na dato gaf hij opheldering: hij had destijds de situatie in het Utrechtse Willem Arntsz Huis op het oog, waar de directie was afgezet en een groep vernieuwingsgezinden een Voorlopig Koördinerend Team vormde.⁵⁹ De Inspectie maakte zich grote zorgen. 'Mensen verloederden daar echt', betoogde Hardeman achteraf.⁶⁰

EMANCIPATIE VAN DE BIOLOGISCHE PSYCHIATRIE

De opkomst van de anti-antipsychiatrie valt te verklaren uit een aantal factoren. Allereerst uit het wijdverbreide protest tegen het medisch model op de werkvloer van de klinische psychiatrie (zie hoofdstuk 5). Ten tweede uit het succes van de psychiatrische tegenbeweging, die veel journalisten en enkele Kamerleden op hun hand hadden. Ten slotte uit de snelle emancipatie, vanaf de tweede helft van de jaren zestig, van de biologische psychiatrie als wetenschappelijke specialisatie in de klinische psychiatrie.

Medio jaren vijftig overheerste weliswaar groot enthousiasme over de nieuwe antipsychotica en antidepressiva die op de markt waren gekomen, maar wat de werking van deze nieuwe middelen betrof, tastte men nog in het duister. Zo opperde geneesheer-directeur Tolsma van de psychiatrische inrichting Maasoord te Rotterdam in 1953 dat de werking van Largactil wellicht berustte op een daling van de lichaamstemperatuur. Om deze hypothese te toetsen, gaf hij een aantal psychiaters in zijn inrichting opdracht een groep patiënten te verplegen op 'koelingsbedden', bedden met een matras waar koud water doorheen liep. Tolsma wilde nagaan of de kunstmatig opgewekte onderkoeling een gunstige invloed had op patiënten.⁶¹

Ook internationaal heerste onder psychiaters en andere wetenschappers nog vooral onzekerheid over de werking van de nieuwe medicijnen, die vaak door puur toeval waren ontdekt op basis van hun kalmerende of opwekkende effect. In de jaren vijftig bestond er weliswaar al onderzoek naar neurotransmitters, cruciale chemische stoffen in de hersenen zoals serotonine, maar indertijd geloofden veel

onderzoekers nog in elektrische transportaties van zenuwimpulsen.⁶² In de jaren zestig raakte het geloof in chemische neurotransmitters definitief gevestigd, evenals het denkbeeld dat bepaalde neurotransmitters correspondeerden met specifieke gedragingen of emoties. Zo zou dopamine te maken hebben met het ervaren van plezier en een gevoel van voldoening.⁶³

In 1966 ontstond de invloedrijke ‘dopamine-hypothese’ over schizofrenie. Met name de dopaminehuishouding zou bij die ziekte ontregeld zijn en effectieve medicijnen grepen daar juist op in. Stemmingsstoornissen als depressies en manieën verbond men met de neurotransmitters monoamine en serotonine. De biologische psychiatrie kreeg hiermee een overkoepelende theorie en daardoor groeide het zelfvertrouwen van biologisch georiënteerde psychiaters. De zoektocht naar psychofarmaca die specifiek ingrepen op bepaalde neurotransmitters ging vanaf het midden van de jaren zeventig steeds meer domineren in de klinische psychiatrie.⁶⁴ De oriëntatie op neurotransmitters leverde een nieuw jargon aan psychiaters en vormde een ‘verzamelpunt’ voor biologisch psychiaters, die zich begonnen te groeperen in nieuwe organisaties, op congressen en in specialistische vakbladen gericht op de biologische psychiatrie.

Bovendien publiceerde de Amerikaan Seymour Kety in 1968 de resultaten van een groot onderzoek naar schizofrenie. Kety had onderzoek gedaan in Denemarken, vanwege daar beschikbare data over adoptie. Hij onderzocht een grote groep geadopteerde kinderen. Een deel van hen was als schizofreen opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Van dit deel bleek tien procent van de biologische familieleden ook te lijden aan schizofrenie. In de biologische familie van adoptiekinderen die niet schizofreen werden, kwam schizofrenie daarentegen nauwelijks voor. Genetische invloeden, concludeerde Kety, waren dus belangrijk.⁶⁵ Zijn onderzoek vormde een stimulans voor verder erfelijkheidsonderzoek.

Naast dergelijke wetenschappelijke ontwikkelingen boekte de biologische psychiatrie in de jaren zeventig ook belangrijke concrete successen op behandelgebied. Allereerst raakte het medicijn lithium, een zout dat voorheen onder andere tegen jicht werd gebruikt, ingeburgerd in de behandeling van stemmingsstoornissen. De gunstige werking van dit zout bij mensen met een manisch-depressieve aandoening was al in 1949 ontdekt, maar het medicijn stond lang bekend als gevaarlijk. In de jaren zestig was er al op kleine schaal mee gewerkt in ons land, waarschijnlijk voornamelijk in universitaire klinieken – maar lithium burgerde hier, net als in veel andere landen, pas werkelijk in tijdens de jaren zeventig. Lange tijd was er weerstand geweest tegen de toepassing van dit medicijn. Het zou onverantwoord zijn. ‘Gevaarlijke onzin’, noemde de toonaangevende Engelse psychiater Aubrey Lewis het middel nog in 1966.⁶⁶

Zeker is, dat de toepassing van lithium zeer nauw luistert. De cliënt moet opletten dat hij of zij genoeg vocht tot zich neemt en de bloedspiegel dient regelmatig te worden gemeten. De werkzame dosis zout in het bloed mag niet te laag zijn, anders werkt het niet, maar ook niet te hoog – dan bestaat het gevaar op lithiumvergiftiging, een ernstige aandoening die mogelijk zelfs de dood tot gevolg kan

hebben. Daarbij kent lithium bij langdurig gebruik het gevaar van schadelijke effecten op de schildklier. Pas in 1970 keurde de Amerikaanse Food and Drug Administration het middel goed voor gebruik. In datzelfde jaar presenteerde de Deense psychiater Mogens Schou de resultaten van een baanbrekend onderzoek waarbij een groep manische patiënten aanvankelijk in zijn geheel op de lithium was ingesteld. Zodra de patiënten enigszins waren opgeknapt, werd het medicijn bij de helft van de mensen vervangen door een placebo. Na zes maanden bleek dat meer dan de helft van de placebogroep was teruggevallen, terwijl van de mensen die nog lithium gebruikten, er geen een nog last had van zijn of haar ziekte.⁶⁷

Het zelfvertrouwen onder biologisch georiënteerde psychiaters groeide door nieuwe wetenschappelijke ontwikkelingen en diverse auteurs openden de aanval op de psychosociale benadering van geestesziekten. Hoofdinspecteur Wout Hardeman was bijvoorbeeld geïnspireerd door een Amerikaans boek getiteld *Models of madness, models of medicine* (1977) van de biologisch georiënteerde psychiaters Miriam Siegler en Humphrey Osmond.⁶⁸ Daarin werd gepleit voor de traditionele medische rol van de psychiater als arts en werd het individuele, medische model van geestesziekte verdedigd. Naast het boek van Siegler en Osmond was in 1975 *The labelling of deviance* verschenen, geschreven door de Amerikaanse hoogleraar sociologie Walter Gove. Hij leverde daarin kritiek op de deviantie-sociologie uit Chicago, die uitgedragen werd door wetenschappers als Erving Goffman en Thomas Scheff.⁶⁹

In ons land richtten diverse psychiatrische ziekenhuizen, waaronder Santpoort en Endegeest, tijdens de jaren zestig laboratoria op voor biochemisch onderzoek. 'De toekomst van de psychiatrie ligt in de biochemie', heette een tentoonstelling die psychiatrisch ziekenhuis Endegeest in 1966 organiseerde.⁷⁰ In datzelfde jaar werd het Interdisciplinair Genootschap voor Biologische Psychiatrie opgericht, met als voorzitter psychiater Herman van Praag.⁷¹ 'De biologisch georiënteerde psychiater gaat er dus vanuit', schreef Van Praag, 'dat een stoornis in de psychische organisatie een stoornis in de cerebrale organisatie vooronderstelt.'⁷² Van Praag werd in 1971 aan de Universiteit van Groningen, waar hij al sinds 1966 aan het hoofd stond van een afdeling voor biologisch-psychiatrisch onderzoek, benoemd als eerste hoogleraar biologische psychiatrie in Nederland. Aan de Universiteit van Groningen ontstond in 1973 bovendien de eerste 'lithiumpoli'. In hun boek *Stemming en ontstemming* (1974) benadrukten de psychiaters Van Praag en Rooijmans de preventieve waarde van lithium in de behandeling van stemmingsstoornissen, hetgeen een betoog inhield voor het levenslange gebruik van dit medicijn door mensen die leden aan een manisch-depressieve stoornis.⁷³

Verder deden in de jaren zeventig de zogenaamde depotneuroleptica hun intrede in de klinische psychiatrie: antipsychotica die een tot zes weken werkzaam blijven en die vaak worden ingespoten. In psychiatrisch ziekenhuis Delta richtte psychiater Hans van Epen begin jaren zeventig een 'prikpoli' op. Daar kregen mensen hun depotpreparaat Imap en een gesprek. Zelfstandig wonen buiten het ziekenhuis werd door deze nieuwe vorm van medicatie haalbaar voor veel patiën-

ten. Ze hoefden er niet meer elke dag aan te denken hun pillen te slikken, en werden daardoor iets minder geconfronteerd met hun patiënt-zijn. De behandelaar kon beter toezien op het medicijngebruik. De prikpoli van Delta was een van de eerste in het land, alhoewel ook op andere poliklinieken en in psychiatrische ziekenhuizen het gebruik van depotmedicatie snel ingeburgerd raakte.⁷⁴ Vanaf het einde van de jaren zeventig nam ook het aantal artikelen over psychofarmaca snel toe in het *Tijdschrift voor Psychiatrie*.

Het fenomeen van de 'anti-antipsychiatrie' was dus internationaal en had veel te maken met baanbrekend nieuw onderzoek naar de erfelijke aspecten van geestesziekte, alsmede met de professionalisering van de biologische psychiatrie die vanaf de tweede helft van de jaren zestig een grote vlucht nam.⁷⁵ De biologische stroming in de klinische psychiatrie had evenwel de tijd vooralsnog niet mee. In de psychiatrische ziekenhuizen Santpoort en Endegeest bijvoorbeeld raakte het 'biochemisch optimisme' uit de jaren zestig ondergesneeuwd onder de sterk psychotherapeutische gerichtheid van veel hulpverleners. Geneesheer-directeur Stotijn van Endegeest beklaagde er zich in 1972 over dat het wel leek of de 'neuropsychiatrie' geen recht van bestaan meer had en geen serieus onderzoek meer verdiende.⁷⁶

Biologisch georiënteerde psychiaters als Van Praag waren bovendien weinig gelukkig met de splitsing midden jaren zeventig van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie, die symbolisch was voor de grote nadruk destijds op psychotherapeutische behandelvormen en denkkaders.⁷⁷ Foudraine bijvoorbeeld betoogde in 1971 in *Wie is van hout...* dat de verbinding tussen psychiatrie en neurologie een 'monsterverbond' was. Volgens hem moesten psychiaters loskomen van hun natuurwetenschappelijke oriëntatie, want klinische psychiatrie was een 'moral science' die zich bezighield met 'waarden, normen, regels, ethische vraagstukken'.⁷⁸

PROTESTEN TEGEN DE 'BIO-PSYCHIATRIE'

Van Praag, de bekendste Nederlandse 'anti-antipsychiater', zette eind jaren zeventig een tegenaanval in, hetgeen leidde tot heftige confrontaties met de psychiatrische tegenbeweging. In 1979 was het protest tegen de biologische psychiatrie een belangrijk aandachtspunt van deze beweging geworden. De leus 'Baas in eigen brein' verscheen op posters en buttons en men organiseerde een 'valiumvrije vrijdag' ('sta eens stil bij die pil'). De nuance waarmee begin jaren zeventig nog in de *Gekkenkrant* over psychofarmaca werd geschreven, was eind jaren zeventig grotendeels verdwenen. In 1974 stond in de *Gekkenkrant* bijvoorbeeld te lezen: 'Mensen die niet zonder kunnen, willen we geen medicijnen misgunnen. Maar we zijn bang dat medicijnen veelal de lege plekken moeten opvullen die door afwezigheid van werkelijke hulp blijven bestaan. Toch een moeilijk punt.'⁷⁹ Ook stond in dit kritische blad begin jaren zeventig geregeld uitgebreide voorlichting over de werking en bijwerkingen van diverse antipsychotica, antidepressiva en tranquillizers.

Volgens Goudswaard was de waarde dan wel waardeloosheid van medicatie een punt van discussie binnen de redactie. Sommige redactieleden waren radicaal tegen psychofarmaca, anderen waren dat in veel mindere mate.⁸⁰

Tussen 1978 en 1980 voerde de psychiatrische tegenbeweging felle acties tegen de biologische psychiatrie, die werd gesymboliseerd door de persoon van Van Praag. Eind 1977 was deze van de Rijksuniversiteit Groningen vertrokken naar die van Utrecht, waar men ook een leerstoel voor de biologische psychiatrie installeerde. Van Praag kwam terecht op een roerige faculteit, in een stad waar de psychiatrische tegenbeweging sterk leefde. Studenten geneeskunde protesteerden al voor de komst van Van Praag tegen het psychiatrieonderwijs aan de Rijksuniversiteit Utrecht. In september 1976 besloot een groepje studenten te weigeren nog langer psychiatrieonderwijs te volgen, vanwege bezwaren tegen zowel de ethische als de kwalitatieve kanten ervan. De hoorcolleges zouden te massaal zijn. De klinische 'demonstraties' van patiënten, voor een grote collegezaal vol studenten, moesten worden afgeschaft. Daarbij zou de psychiatrie te eenzijdig medisch worden benaderd. De studenten wilden meer gesprekstraining, rollenspellen en 'alternatieve' stageplaatsen. Na september 1976 volgden meerdere onderwijsstakingen.⁸¹

Toen Van Praag arriveerde, escaleerde de situatie. Zo keurde Van Praag een alternatief onderwijsprogramma, ontworpen door de onderwijsstakers, af. Hij achtte patiëntdemonstraties (zelf sprak hij liever van 'gesprekken met patiënten') een onmisbaar onderdeel van de opleiding. De demonstraties van patiënten voor een collegezaal vol met studenten werden eind 1977 wel afgeschaft, maar in een andere vorm moesten de patiëntdemonstraties wel blijven bestaan, vond Van Praag. Patiënten zette men nu achter een *one-way screen* in een kamer, waar een student onder begeleiding van een psychiater een gesprek had met hem of haar. Achter de spiegel keken zeven medestudenten toe. Het gesprek werd op videoband opgenomen en naderhand met de hele groep bekeken en doorgesproken. Dergelijke ervaringen, aldus Van Praag, vormden het 'alpha en omega' van de opleiding en stonden voor hem niet ter discussie. Van Praag stelde dat de kritische groep het risico liep hun doctoraal mis te lopen, en dat de staf niet van plan was een heel nieuwe onderwijsmethode te ontwikkelen. Wel was hij bereid te praten met de protesterende studenten, die inmiddels een handtekeningenactie waren begonnen om steun te werven.

Op 11 april 1978 waren de poppen helemaal aan het dansen toen bleek dat Van Praag zijn oratie wijdde aan een aanval op 'de antipsychiatrie'.⁸² De antipsychiatrie had als theoretisch verklaringmodel voor het ontstaan van psychiatrische ziektes geen poot om op te staan, vond Van Praag. Hij ging vooral in op de sociologische *labelling-theory*, volgens hem het wetenschappelijke fundament van de antipsychiatrie, die beweerde dat mensen ziek genoemd worden door een maatschappij die hen niet wenst te aanvaarden zoals ze zijn.⁸³ Van Praags slotwoorden werden ontvangen met boegeroep.⁸⁴ Diverse kranten besteedden echter positieve artikelen aan zijn oratie.⁸⁵

In mei 1978 vond bovendien een door Van Praag opgezet congres plaats aan de universiteit van Utrecht over schizofrenie en biologische psychiatrie, gesponsord door de farmaceutische firma Squibb, die psychofarmaca produceerde. Dit congres was aanleiding voor felle protesten van onder meer Utrechtse studenten geneeskunde en psychologie, de Cliëntenbond, de Gekkenbelangengroep Utrecht en de redacties van de tijdschriften de *Gekkenkrant* (waarvan de redactie in 1978 overigens vrijwel geheel was vernieuwd) en 't *Narreschip* (een blad van Utrechtse psychologiestudenten).⁸⁶ Deze critici wezen op de belangen van de farmacie om hun afzetgebied veilig te stellen en liefst te vergroten. Ook protesteerden ze tegen het gebruik van patiënten als wetenschappelijke 'proefkonijnen'.⁸⁷ Pogingen om toegang te krijgen tot het congres en, toen dat niet lukte, om het congres door middel van demonstraties te verstoren met lawaai van trommels en geschreeuw, werden door de politie op hardhandige wijze verijdeld. Een demonstrant werd gearresteerd omdat hij een agent een klap gaf, toen die agent op een vrouwelijke demonstrant afstormde.⁸⁸ In 't *Narreschip* werd schande gesproken van het ruwe politioptreden, waaraan de arrestant gekneusde ribben had overgehouden.⁸⁹

De achtergrond van de escalatie rond het psychiatrische congres was mogelijk het feit dat Van Praag inmiddels anonieme telefoontjes had ontvangen waarin hij werd bedreigd met gijzeling en zelfs met de dood. Hij had zelfs enige tijd een politie-escorte en ook zijn kinderen gingen onder begeleiding van politiemensen naar school.⁹⁰ In juni 1979 vond nog een congres plaats over biologische psychiatrie en wederom was er protest tegen het 'reageerbuis-psychiatrisch geweld',⁹¹ onder andere was er protest van wat inmiddels heette de 'aksiegroep "Stop de bio-psychiatrie"'. Van Praag werd vergeleken met Buikhuisen, de indertijd omstrede criminoloog die neurologisch onderzoek deed naar agressief gedrag.⁹² Van Praag lag mede onder vuur vanwege biologisch onderzoek naar suïcide dat aan zijn faculteit werd gedaan.⁹³ Dergelijk onderzoek, aldus de Utrechtse aksiegroep, besteedde geen aandacht aan de sociale omstandigheden waardoor problemen ontstaan. Ook was er protest tegen farmaceutisch onderzoek dat werd gedaan in psychiatrisch ziekenhuis Bloemendaal. Patiënten zouden zonder goede voorlichting vooraf worden gebruikt om medicijnen op te testen. De omvang van de aksiegroep was echter blijkbaar niet (meer) zo heel erg groot. Bij de opening in 1980 van de Lucas Lindeboomkliniek, een nieuwe afdeling van Bloemendaal, waren volgens de *Gekkenkrant* zo'n tweehonderd politieagenten aanwezig met bouviërs, wapenstokken en helmen. Ze stonden tegenover een handjevol (12) demonstranten.⁹⁴ Hierna bloeddde de protesten tegen de biologische psychiatrie snel dood. De *Gekkenkrant* werd begin jaren tachtig opgeheven en Van Praag vertrok in diezelfde periode naar Amerika, waar hij benoemd werd tot hoogleraar aan het prestigieuze Albert Einstein College of Medicine in New York.

In het felle debat over de biologische psychiatrie rond 1980 heerste een communicatiekloof. Van Praag richtte zich, net als veel andere tegenstanders van de kritische psychiatrie, op de wetenschappelijke en rationele aspecten binnen de kritiek op het medisch model in de klinische psychiatrie. Critici redeneerden

daarentegen op een meer gevoelsmatig niveau. Journaliste Tessel Pollmann bijvoorbeeld, die duidelijk sympathiseerde met de psychiatrische tegenbeweging, viel Van Praag in een interview aan op zijn afstandelijke persoonlijkheid. 'Ieder mens heeft ook een beetje het image dat hij verdient', legde Pollmann Van Praag voor. 'In Groningen maakte je niet makkelijk contact met patiënten.'⁹⁵ De implicatie van deze sneer was dat wie voor biologisch onderzoek koos, dit deed omdat hij of zij niet goed was in het wáre psychiatrische werk, namelijk het patiëntencontact.

WISSELENDE ROLPATRONEN

Waren biologische psychiaters eind jaren zeventig nog de boemannen, rond 1980 begonnen de rollen om te draaien. Van diverse kanten werd het humane gehalte van kritische psychiaters en andere kritische hulpverleners, die begin jaren zeventig nog de belichaming vormden van een humanere psychiatrische hulpverlening op basis van het sociaal model, in twijfel getrokken. Volgens een socioloog die eind jaren zeventig promoveerde op een onderzoek naar crisiscentra vielen niet alleen de chronische patiënten buiten de boot in alle therapeutische vernieuwingsdrang, maar ook mensen met relatief zware stoornissen.⁹⁶ De 'vlucht' voor de psychiatrische patiënt, zoals hij het noemde, deed zich in verschillende vormen voor. Allereerst concentreerden hulpverleners zich graag op gemotiveerde patiënten met minder ernstige problemen. Ook vluchtten hulpverleners in vergaderen, filosoferen, elkaar superviseren en evalueren, en het volgen van allerhande trainingen. Een psycholoog die in 1978 onderzoek had gedaan naar de gang van zaken op het Crisiscentrum van ziekenhuis Overvecht, signaleerde daar eveneens een 'discriminerende' hulpverlening. Sommige cliënten waren duidelijk populairder dan anderen. Er bestond volgens hem een voorkeur bij behandelaars voor 'relatieproblemen'. Cliënten met andere problemen, betoogde hij, 'werden systematisch "weggezuiverd."⁹⁷ Ook had de onderzoeker vaak geobserveerd 'dat men zonder een behoorlijke probleemanalyse te maken, het hele cliëntstelsel optrommelt en aan de relaties gaat sleutelen.'⁹⁸ De hulpverlening, concludeerde hij, raakte steeds meer afgestemd op de behoefte van de hulpverlener, en steeds minder op die van de hulpvrager.

Daarnaast zetten ouders van psychiatrische patiënten de aanval in op kritische psychiaters en psychotherapeuten. Zo richtte een boze moeder, Willy Brill, zich in 1979 tot de redactie van het *Maandblad voor Geestelijke volksgezondheid*. In haar artikel 'Mijn dochter en de psychiatrie' deed Brill verslag van de psychiatrische carrière van haar dochter Josephine.⁹⁹ Vrijwel overal, aldus Brill, was 'praten en nog eens praten' het devies. Gezinsgesprekken, groepsgesprekken, sociodrama en *patient-staff-meetings* wisselden elkaar af. De familie Brill deed gehoorzaam mee aan de gezinsgesprekken. Josephine echter baalde volgens haar moeder al snel van al het praten en ondernam constant vlucht- en zelfmoordpogingen, tot het trieste einde volgde: Josephine bracht zichzelf om het leven. Vrijwel nergens gaven de

behandelaars hun onvermogen toe, luidde de voornaamste klacht van Brill, die zich bovendien onheus bejegend voelde. Ze ervoer bij de behandelaars van haar dochter een ‘afwerende deskundighouding’. Men scheeppe haar af met dooddoeners als ‘wat denkt u zelf dat er met uw dochter aan de hand is?’¹⁰⁰

De redactie van het *Maandblad* werd sinds 1978 aangevoerd door journalist Heerma van Voss (zie hoofdstuk 2), die de redactie had ververst met twee psychiaters en een psycholoog: Jan van de Lande, de oprichter van Amstelland; Lout van Eck, werkzaam in de TG Rijnland van Bierenbroodspot; en Onno van der Hart, die vanaf het begin van de jaren zeventig de aandacht voor relatie- en gezinstherapie in ons land had gestimuleerd. Dat zij exponenten waren van het psychotherapeutische klimaat dat Brill aanklaagde, was duidelijk te merken aan het commentaar dat Van de Lande en Van Eck gaven op het artikel van Brill. De twee psychiaters verklaarden haar klachten uit de revolutionaire omslag die volgens hen had plaatsgevonden in de psychiatrie.

Vroeger, schreven zij, besloten psychiaters en families buiten de patiënt om over diens lot.¹⁰¹ Inmiddels was echter ontdekt dat separatieproblematiek in de psychische crises van jongvolwassenen ‘praktisch altijd een centrale rol’ speelde.¹⁰² Ouders probeerden het natuurlijke ontwikkelingsproces van hun kinderen vaak te blokkeren. Een tijdelijke stopzetting van de contacten tussen ouders en kinderen was dan heilzaam voor het kind, vonden Van de Lande en Van Eck.¹⁰³ Sommige ouders konden zich hier niet bij neerleggen. Zij wachtten niet rustig af tot de toenadering vanuit hun kind kwam, maar gingen de strijd aan met de behandelaars, net als Brill. Dan hoefden ze ook niet ‘de eigen rol en bijdrage onder de loupe te nemen’ en ‘gedetailleerd naar zichzelf te kijken.’ Van Eck en Van de Lande besloten met de suggestie dat Brill leed aan een ‘onvermogen om te rouwen’.¹⁰⁴

Een storm van verontwaardigde reacties barstte los na dit artikel. De twee psychiaters werd ‘onzindelijk denken’ verweten door collega’s.¹⁰⁵ Hun artikel werd ‘schandelijk’ en ‘harteloos’ genoemd. Men kapittelde Van de Lande en Van Eck over de manier waarop ze Brill ‘op haar nummer’ probeerden te zetten, haar op een betuttelende manier psychologiseerden en ‘trappen na gaven’. De toon en de strekking van het artikel van Van de Lande en Van Eck werd door de schrijver van een van de vele ingezonden brieven treffend getypeerd als de boodschap ‘ouders treedt terug, je kunt de “nieuwe jeugd” niet volgen, laat staan helpen.’ Het moest echter niet zo zijn, vond hij, dat psychiaters slechts die mensen konden en wilden helpen, die van zins waren om te veranderen en zich los te maken van hun milieu.¹⁰⁶ Een lid van de Cliëntenbond vermoedde dat veel jongeren ‘uit pure gehoorzaamheid’ aan hun psychiaters braaf op hun ouders gingen zitten ‘kankeren’.¹⁰⁷

De affaire-Brill vormde een prelude op het massale protest van ouders, vooral moeders, van psychiatrische patiënten dat in de jaren tachtig losbarstte. Zo verscheen in 1983 een boek van schrijfster Sera Anstadt, *Al mijn vrienden zijn gek. De dagen van een schizofrene jongen*. Het boek beschreef de psychische problemen die de zoon van Anstadt, Raf, had vanaf zijn vijftiende en vooral ook de wijze waarop

hij en zijn moeder door de psychiatrische wereld behandeld werden. Ze maakten van alles mee, van psychiaters die vertelden dat Rafs ziekte zich waarschijnlijk toch wel zou hebben geopenbaard, ongeacht de sociale omstandigheden in zijn leven, tot behandelaars die Rafs aandoening aan de samenleving toeschreven. Alhoewel Anstadt ook huiverde van de bijwerkingen van de medicatie die de eerste groep behandelaars Raf soms voorschreef, was ze vooral kritisch over de psychiaters van de tweede soort, en over de periode dat Raf verbleef in 'Buiten Oord', waarmee de therapeutische gemeenschap Amstelland bedoeld werd.

Raf vond het daar aanvankelijk leuk: 'Net of je met vakantie bent. Ze spelen gitaar, draaien platen, maken lange wandelingen met elkaar. Allemaal mensen van mijn leeftijd'.¹⁰⁸ Na enige tijd ging het echter slechter met hem. Hij werd weer stiller, in zichzelf teruggetrokken, en verwaarloosde zichzelf. Medicatie was echter vrijwel taboe op Buiten Oord, aldus Anstadt. En ouders werden er verantwoordelijk gesteld voor de problemen van hun kinderen. Tijdens ouderavonden, beschrijft ze, 'werd [door cliënten, G.B.] zonder terughoudendheid de ene beschuldiging na de andere door de microfoon geuit. De ouders kregen weinig kans iets te zeggen. Er gingen maar weinig kinderen bij hen zitten. Ik had de indruk dat sommigen wel wilden maar zich groot hielden tegenover hun medepatiënten. [...] Vaak verlieten ouders met tranen in hun ogen het groepsgebeuren'.¹⁰⁹ Op een dag werd Anstadt bij een psychiater 'ontboden'. Volgens Anstadt ging het niet goed met haar zoon, maar de psychiater was het daar niet mee eens. Anstadt voelde zich aangevallen. De psychiater zou tegen haar gezegd hebben, dat zij haar zoon 'liever met hangende pootjes in de kliniek' zag dan thuis: 'Hier vindt u hem goed opgeborgen, merk ik'.¹¹⁰ De psychiater zou ook hebben opgemerkt, dat het gezin 'geestelijk zwakke gezinsleden kapotmaakt.'

Ondertussen ging de kamer van Raf op 'Buiten Oord' er steeds smeriger uitzien. Na een verblijf van tweeënhalf jaar op de afdeling moest Raf er 'letterlijk worden uitgezet'. Hij werd te oud voor een adolescentenkliniek. En zonder medicijnen was hij niet te handhaven. 'Dat hij steeds zieker werd', concludeerde Anstadt kritisch, 'paste niet in de opvatting van de leiding dat schizofrenie niet bestond'.¹¹¹ Uiteindelijk werd Raf rond zijn dertigste levensjaar chronisch psychiatrisch patiënt op een afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis waar men een 'nuchtere, reële' aanpak had, en geloofde dat ernstig gestoorde schizofrene patiënten recht hadden op een permanent asiel – desnoods in de inrichting. Medicijnen stonden voorop in de behandeling.

Dat de ervaringen van Willy Brill en Sera Anstadt niet op zichzelf stonden, bleek niet alleen uit het succes van *Al mijn vrienden zijn gek* (begin 1985 was het al toe aan de achtste druk) maar ook uit de oprichting van de vereniging Ypsilon in 1984. De kiem voor deze vereniging lag in bijeenkomsten in de Rotterdamse openbare bibliotheek, waar praatmiddagen voor vrouwen in de overgang werden georganiseerd: 'vrouwen luisteren naar vrouwen'.¹¹² Daar kon, anoniem, over van alles gesproken worden. Op een dag kwam het onderwerp 'kinderen met psychische problemen' ter tafel. De ervaringen bleken herkenbaar: veel moeders waren

buitengewoon ontevreden over de psychiatrische hulpverlening, en over de neiging van hulpverleners om de maatschappij, en met name de 'schizofrenogene' moeder, aan te wijzen als oorzaak van de problemen. Een van de aanwezige vrouwen, Ria van der Heijden, nam vervolgens het initiatief om in een Rotterdams vrouwenhuis een praatgroep op te richten speciaal voor vrouwen met kinderen met psychiatrische stoornissen. Later kwamen ook de vaders, broers en zussen erbij en op 26 november 1984 werd Ypsilon opgericht. Ypsilon was dus niet alleen een uitvloeisel van de vrouwenemancipatie, maar ook een expliciete reactie op een therapeutisch klimaat in de geestelijke gezondheidszorg dat dateerde uit de jaren zeventig.¹¹³

Ria van der Heijden werd de eerste voorzitter van Ypsilon. Haar zoon Huug had begin jaren zeventig last gekregen van problemen: hij at nauwelijks meer, trok zich terug op zijn kamer en zat vooral veel te tekenen. Toen de huisarts hongeroedeem constateerde, nam men Huug op op de psychiatrische afdeling van het Rotterdamse ziekenhuis Dijkzigt. Van der Heijden: 'En dan maak je het mee, ik denk dat het nu niet meer gebeurt maar toen [1972, G.B.] nog wel, dat dat grote schuldgevoel dat je hebt nog eens enorm wordt versterkt door dat gemem van die psychiaters en door die gezinstherapieën. Ze zeggen het niet rechtstreeks. Ze zeggen bijvoorbeeld: u bent een dominante vrouw. Dat ben ik natuurlijk ook. Maar dat woord geeft je op dat moment het gevoel dat je zo groot wordt. En ik had nog een oranje jurk aan ook. Ik dacht, het is mijn fout, het is mijn fout!'¹¹⁴ Het beleid van de psychiatrische hulpverlening was er lange tijd vooral op gericht zoon Huug los te maken van zijn ouderlijk huis, aldus Van der Heijden. De therapeutische gijzeling genas de jongen evenwel niet. Op zijn dertigste, in 1987, was Huug een verblijfspatiënt in Sancta Maria.

Uit de snelle groei van Ypsilon na 1984 blijkt wel dat het therapeutisch klimaat dat Van der Heijden, Brill en Anstadt aanklaagden niet alleen tijdens de jaren zeventig zeer wijdverbreid moet zijn geweest, maar ook dat het zeker nog niet was verdwenen begin jaren tachtig. Eind jaren zeventig was de systeembenadering die was ontstaan vanuit het Palo Alto Research Institute verder uitgewerkt door Mara Selvini Palazzoli. Haar 'Milanese school' van gezinstherapie, die het werken met eenrichtingsspiegels en dramatisch gepresenteerde, paraoxdale opdrachten aan gezinnen voorstond, was ook in ons land tijdelijk populair.¹¹⁵ Het therapeutisch optimisme van de Milanese School was groot. Het veranderen van de 'spelregels' in een familie, dacht Palazzoli, zou tot gevolg hebben dat de pathologische symptomen van het zogenaamd 'gekke' gezinslid snel zouden verdwijnen.¹¹⁶ Veel gezinnen voelden zich echter 'in de kou' staan een bleven al snel weg bij de Milanese gezinstherapeutische sessies, toonde een Nederlands onderzoek in 1987 aan.¹¹⁷ Het aantal leden van Ypsilon groeide van zestig begin 1986 tot 400 aan het eind van dat jaar, na een uitgebreide publiciteitscampagne in damesbladen en kranten, en voorlichting over Ypsilon in diverse psychiatrische ziekenhuizen.¹¹⁸ In 1990 was het aantal leden gestegen tot 2600.¹¹⁹

Vergelijkbare ervaringen als die van Brill, Anstadt en Van der Heijden waren

legio. Dat bleek uit de reacties op een radiouitzending waarin familieleden van mensen met psychotische klachten centraal stonden, uit ervaringsverhalen die werden verteld in de *Nieuwsbrief Ypsilon*, en uit het 'zwartboek' over de psychiatrie dat de Vereniging Ypsilon in 1989 publiceerde.¹²⁰ Zo vertelden de ouders van Letty, een meisje dat aan schizofrenie leed, hoe ze begin jaren tachtig werden uitgenodigd voor een gezinsgesprek op de PAAZ van het Radboudziekenhuis te Nijmegen. Het gezinsgesprek bleek een rollenspel, dat op video werd opgenomen. De ouders van Letty herinnerden zich: 'Aan Letty werd gevraagd ieder de hem of haar toekomstige plaats te geven. Meteen werd moeder Toos de gang op gestuurd, even later gevolgd door zus Marjo. Broer Paul vormde kennelijk geen bedreiging en bij haar vader ging ze op schoot zitten. [...] Op een gegeven moment mochten moeder en Marjo weer binnenkomen om te vernemen, dat moeder de grote veroorzaakster was van alle ellende en dat Letty's zus op dezelfde gedachtenlijn had gezeten [...] Door broer Paul voelde zij zich niet in haar autonomie bedreigd.' De ouders voelden zich gemanipuleerd en vonden dat er door de behandelaars bewust een wig gedreven werd tussen hen. De familie koos ervoor de gezinstherapie te staken.¹²¹ Niet alleen het plaatsen van ouders in het beklagdenbankje werd gehegeld door de leden van Ypsilon, maar ook het negeren van familieleden door verpleegkundigen en behandelaars.

EEN NIEUWE COALITIE: OUDERS EN 'ANTI-ANTIPSYCHIATERS'

Al snel ontstonden warme contacten tussen de leden van Ypsilon en psychiater Stolk, die al in 1975 schande sprak van het beschuldigen van ouders. Een andere psychiater met wie deze vereniging contact had, was Rigo van Meer. In 1986 publiceerde deze in het Leidse *Endegeest* werkzame psychiater een artikel in het *Maandblad voor Geestelijke volksgezondheid*.¹²² Een jaar later verscheen van zijn hand het succesvolle boek *Leven met schizofrenie. Een handleiding voor familie, vrienden en andere betrokkenen*.¹²³ 'De manier waarop in Nederland met de gezinnen van schizofrene patiënten wordt omgegaan is aan verandering toe', schreef Van Meer in het *Maandblad*. Het moest afgelopen zijn met 'ineffectieve manieren van hulpverlening die berusten op theorieën en ideologieën.' Hij vond dat het tijd werd dat schizofrenie door psychiaters weer als ziekte van het individu werd erkend. De symptomen waren niet het gevolg van dominante, kille moeders of een verstoorde communicatie in het gezin. Psychiaters dienden zich bescheiden op te stellen door ook te vertellen waar hun kennis ophield. Schizofrenie kon worden vastgesteld aan de hand van een lijst met ziekteverschijnselen, waarvan de kern bestond uit een onvermogen om 'inkomende informatie te filteren'. Waarschijnlijk was er een erfelijke component. Mogelijk was een virusinfectie in de jeugd een achtergrond. 'Verder is over de oorzaken van de ziekte niets bekend', aldus Van Meer, net zomin als over die van andere psychische problemen.

Heerma van Voss stelde in 1986 vast: 'In plaats van de samenspanning tussen

patiënten en (psychotherapeutische) psychiaters, tegen de ouders, ontstaat een nieuwe coalitie: de miskende ouders en de (farmaceutische) psychiaters hebben elkaar gevonden.¹²⁴ De noemer waaronder familieleden in de loop van de jaren tachtig en negentig meer bij de behandeling betrokken werden, zonder dat hen de zwarte piet werd toegespeeld, werd 'psycho-educatie'. Die term had betrekking op het geven van voorlichting aan ouders over de ziekte van hun kind en over behandel mogelijkheden zoals diverse vormen van medicatie. Van Meer gaf ouders ook het boek van Sera Anstadt te lezen. Anderzijds was het begrip psycho-educatie ook een erkenning dat gezinsrelaties wel degelijk van belang waren voor het verloop van de ziekte schizofrenie. De psycho-educatie was een uitkomst van het systeemdenken uit de jaren zestig en zeventig, met zijn nadruk op communicatiepatronen.

De psycho-educatiegedachte steunde echter op een heel andere basispremissie dan het werk van auteurs als Bateson, Watzlawick, Laing of Haley. In de psycho-educatie werden de 'schizofrene' symptomen niet primair gezien als het gevolg van verstoorde gezinsrelaties of ziekmakende communicatiepatronen, maar als het resultaat van een individuele neurobiologische kwetsbaarheid. Die kwetsbaarheid zou deels erfelijk zijn bepaald. De symptomen konden echter wel verergeren of juist verminderen door de manier waarop familieleden met hun kwetsbare gezinslid omgingen. Onderzoek had aangetoond dat mensen met schizofrenie zeer gevoelig waren voor prikkels en stress. Ze konden bijvoorbeeld slecht omgaan met zogeheten 'expressed emotions'. Negatieve emoties als woede, ergernis en kritiek waren even slecht als positieve aandacht en bezorgdheid. Met rust gelaten worden was het beste voor psychisch kwetsbare mensen.¹²⁵ Deze 'kwetsbaarheid-stress' benadering van schizofrenie, die zich later ook uitbreidde naar andere psychische stoornissen, zou snel terrein winnen in de jaren tachtig en negentig.¹²⁶

6.3 Humanisering of afschaffing. De psychiatrische tegenbeweging in een identiteitscrisis

In 1981 schreef de *Gekkenkrant*: 'De hele psychiatrie is rijp voor het museum! De psychiatrische inrichting heeft definitief afgedaan, het kan niet meer. De inrichting zal verdwijnen. De inrichting moet verdwijnen, omdat het een onding is [...], een steengeworden leugen. Die leugen zegt: U bent ziek. U moet naar het ziekenhuis om te genezen. [...] En wat er in werkelijkheid wordt bedoeld is: uw familie wil van u af, want ze vinden u lastig, uw collega's en vrienden worden bang van u omdat ze het leven zelf ook maar nauwelijks aankunnen'.¹²⁷ In de psychiatrische tegenbeweging maakte het credo 'geen pillen maar praten', dat midden jaren zeventig nog centraal stond, gaandeweg plaats voor een nieuwe leus: 'vrijheid is therapeutisch'. Die leus kwam overwaaien uit Italië, het land waar men zich in toenemende mate op oriënteerde. In 1978 was daar een wet aangenomen

die sluiting van de openbare psychiatrische inrichtingen bepaalde (zie de Inleiding). De roep om sluiting van de Nederlandse inrichtingen en om creatie van kleinschalige voorzieningen voor psychiatrische hulpverlening werden de doeleinden die de Nederlandse psychiatrische tegenbeweging de komende periode een nieuwe richting zouden geven. Het pleidooi voor psychiatrische hulpverlening volgens het sociale model, die gericht moest zijn op de zelfontplooiing van het individu, verdween naar de achtergrond.

De koerswijziging van de psychiatrische tegenbeweging hing samen met een interne identiteitscrisis. Enerzijds was de beweging in de loop van het decennium zeer actief en succesvol, zoals in paragraaf 6.1 is beschreven. Anderzijds was de euforie van begin jaren zeventig, toen diverse actiegroepen elkaar vonden in hun kritiek op het medisch model in de klinische psychiatrie, alweer enigszins tanende. Men vroeg zich af wat alle acties eigenlijk hadden opgeleverd en wat het gezamenlijke doel en alternatief was. Flip Schrameijer, redactielid van de *Gekkenkrant* en actief lid van de psychiatrische tegenbeweging, schreef in *De Groene Amsterdammer* dat een oorzaak voor de geringe resultaten gelegen was in de verdeeldheid binnen de psychiatrische tegenbeweging. 'Naast elkaar', aldus Schrameijer, 'opereren nu een aantal groepen die met zeer uiteenlopende doelstellingen aan het werk zijn. Sommige zijn op humanisering van de psychiatrie gericht, andere op afschaffing.'¹²⁸ We weten wel waar we tegen zijn, bespiegelde men in 1978 binnen het Klap, maar waar zijn we eigenlijk vóór? Symbolisch voor de omslag is dat de redactie van de *Gekkenkrant* in 1978 afscheid nam. In datzelfde jaar blikte men tijdens de landelijke Dag van de Psychiatrie terug op vijf jaar acties in de psychiatrie. De dag trok 650 bezoekers. Velen van hen vonden de dag langdradig. Waar bleef de actie, waar bleven de alternatieven, wilde men weten.

Het organisatiecomité had vooraf overlegd en was eigenlijk even somber over de oogst van vijf jaar actie. 'Een hoop inrichtingen', vond men, 'hebben op allerlei kritiek gereageerd met modelafdelingen. Is dat een werkelijke verbetering of is dat maar schijn?' Elders noemde men de psychotherapeutische afdelingen een 'dek-mantel voor de troep in andere (chronische) afdelingen van het gesticht.' De nieuwe multidisciplinaire teams leken wel democratisch, maar vormden in feite een 'nieuwe terreur' waarbinnen 'de consument geen reet te vertellen' had. Op het gebied van wetgeving leek het goed te gaan, evenals op het gebied van de shockacties. Maar men wilde meer: een brede mentaliteitsverandering in de psychiatrie. Voorlopig, verzuchtte men, was er nog slechts één kritische psychiater in Nederland. Daarmee doelde men niet op Jan Foudraine, maar op psychiater Van Ree uit Vogelenzang, die zich had aangesloten bij de NASA en deel uitmaakte van de Werkgroep Krankzinnigenzorg.

Foudraine, begin jaren zeventig nog het inspirerende boegbeeld van de kritische psychiatrie, had zich inmiddels van de kritische psychiatrie afgekeerd om zich op het pad van de spirituele revolutie te begeven. Zijn zelfgezochte roem was hem te veel geworden. Foudraine beweerde achteraf: 'Ik werd gebruikt in die tijd, door iedereen. Steeds moest ik lezingen komen geven. Iedereen probeerde me in

hun kamp te trekken en mijn boek werd erg in de maatschappijkritische context geplaatst, maar wat mij betreft was dat een beetje *contrecoeur*.¹²⁹ Uiteindelijk boerde het niet echt tussen Foudraine en de psychiatrische tegenbeweging.¹³⁰ Bovendien werd Foudraine gevraagd om te komen werken, hetgeen hij ook deed, in achtereenvolgens Vogelenzang in Bennebroek, St. Willibrord te Heiloo en aan de Universiteit van Maastricht, die net een medische faculteit had gekregen. Overal bleef Foudraine maar kort. Hij belandde steeds in conflicten, voelde zich steeds slechter en sleepte zich voort dankzij kalmeringsmiddelen. Naar eigen zeggen werd hij vijandig bejegend door psychologen, die hem op een gegeven moment nota bene indeelden bij de ‘dokter-pillendraaiers’. Foudraine: ‘Ik kreeg mijn trekken thuis! Want uiteindelijk heb ik zelf voor de onttroning van de medische psychiater als “leider” hartstochtelijk gepleit.’¹³¹ Verward en teleurgesteld vertrok Foudraine in 1976 naar Poona, India, de kolonie van de spiritueel leider Baghwan, om terug te keren met een baard en gehuld in een oranje gewaad: Jan Foudraine was Swami Devi Amrito geworden.

De interne twijfel in de psychiatrische tegenbeweging was niet alleen een Nederlands verschijnsel. In 1981 signaleerde journaliste Johanneke van Slooten verdeeldheid in de internationale psychiatrische tegenbeweging.¹³² Zij was in 1981 aanwezig op een congres in Leuven, waar naast Kees Trimbos (de voorzitter) veel buitenlandse kopstukken aanwezig waren, van Cooper en Laing tot en met Basaglia.¹³³ Het congres, waar vele honderden hervormingsgezinden uit allerlei landen aanwezig waren, liep uit op chaos. Een groep deelnemers splitste zich af omdat de congresorganisatie te dwingend en hiërarchisch zou zijn. Mensen met een psychiatrisch verleden (‘ervaringsdeskundigen’) die lange verhalen begonnen over hun wanen of hun gestichtservaringen wekten verdeeldheid, omdat sommigen hen wilden aanhoren (dit waren immers toch de mensen om wie het hoorde te gaan), terwijl anderen zwaar geïrriteerd raakten. Twee aanwezige verpleegkundigen uit Delta Psychiatrisch Ziekenhuis vonden het geheel maar een ‘psychoshow van de diverse goeroe’s. Iedereen komt vertellen hoe fantastisch hij bezig is.’¹³⁴ Ook ‘goeroe’ R.D. Laing viel voor velen van zijn voetstuk; hij was een groot deel van het congres dronken.

NAAR ITALIË

Zoals reeds vermeld in de Inleiding van dit boek, was de Italiaanse psychiater Franco Basaglia in 1971 begonnen met de afbraak van het psychiatrische ziekenhuis San Giovanni in Triëst: een experiment dat de basis legde voor de Italiaanse ‘democratische psychiatrie’ die in heel Europa, en ook in Nederland, hét voorbeeld zou gaan vormen voor critici van de psychiatrie. Ook de World Health Organization liet zich in lovende bewoordingen uit over het gebeuren in Triëst.¹³⁵ In 1979 schreef de WHO: ‘Wij betreuren het ten zeerste dat in sommige landen nog grote nieuwe psychiatrische inrichtingen worden gepland. Dergelijke instituten dienen te worden vervangen door kleine voorzieningen in de gemeenschap.’¹³⁶

In 1978 had de Italiaanse regering een geheel nieuwe krankzinnigenwet geïntroduceerd, de 'Wet 180.'¹³⁷ Die bepaalde dat psychiatrische hulpverlening in principe alleen nog op vrijwillige basis mocht plaatsvinden. Bovendien bepaalde de wet dat er geen nieuwe patiënten meer mochten worden opgenomen in de psychiatrische ziekenhuizen en dat er ook geen nieuwe inrichtingen meer mochten worden bijgebouwd. Doel van de wet was duidelijk de afbraak van het inrichtingenstelsel.¹³⁸ En met resultaat: het aantal in openbare inrichtingen opgenomen patiënten in Italië was al gedaald van 825.000 in 1970 naar 469.000 in 1979, en daalde daarna verder tot 307.000 in 1984.¹³⁹

Als achterliggende ideologie fungeerde de 'democratische psychiatrie' zoals geformuleerd door Basaglia en een groep gelijkgezinde collega's. De democratische psychiatrie wilde loskomen van de tegenstrijdigheden uit de jaren zestig, toen de psychiatrische ziekenhuizen wel werden bekritiseerd, maar nog niet verlaten; toen de ziekte van de patiënt wel tussen haakjes werd gezet, maar de patiënt toch nog werd verzorgd; en toen therapie enerzijds werd verworpen, maar anderzijds nog steeds werd gepraktiseerd, zij het in een 'progressievere' vorm. Om werkelijke veranderingen te bewerkstelligen, vond men nu, moest het psychiatrische bolwerk in zijn geheel worden afgeschaft. Ook moest de samenleving haar kans worden ontgenomen om mensen die haar niet aanstonden te marginaliseren en weg te brengen.¹⁴⁰

In 1976 zagen drie andragogen van de Universiteit van Amsterdam een documentaire over de democratische psychiatrie. Ze reisden onmiddellijk af naar Italië. Daar werkten ze tijdelijk in een inrichting in Arezzo en in een project voor begeleid wonen in Triëst. Later probeerden ze de principes van de democratische psychiatrie toe te passen op een chronische afdeling in psychiatrisch ziekenhuis Huize Padua te Boekel. Dat mislukte overigens; de verpleging zou de patiënten te zeer onderdrukken, en het lukte niet om enige verbinding naar buiten tot stand te brengen. De 'verzorgingsoriëntatie' op de afdeling was te sterk.¹⁴¹ Ook journalist Geert Mak, begin jaren zeventig een van de oprichters van de *Gekkenkrant*, reisde af naar Italië. Hij constateerde in 1977 dat Basaglia voor zijn patiënten een 'halfgod' was en niet zonder reden. Hier leek eindelijk sprake van échte alternatieve psychiatrie, een psychiatrie die probeerde zichzelf zoveel mogelijk overbodig te maken.

Mak vertelde over het symbool van de beweging in Triëst, een groot blauw houten paard genaamd Marco Cavallo. Daarmee was alles begonnen. Een groep kunstenaars had het paard in 1973 gebouwd, met behulp van personeel en patiënten van het ziekenhuis. Marco was de naam geweest van een oude knol, die vroeger de kar met het vieze wasgoed van de gestichtsbevolking van San Giovanni vervoerde naar de wasserij in de stad. Een oude grap luidde dat Marco de enige was die het ziekenhuisterrein wel eens afkwam.¹⁴² Toen het blauwe houten paard klaar was, trok men ermee in een triomfantelijke optocht naar het centrum van Triëst alwaar men een groot feest aanrichtte, tot verbijstering van de stadsbevolking. In 1977 verkeerde San Giovanni in verre gaande staat van ontbinding. 'Het parkach-

tige landschap', schreef Mak lyrisch, 'de grote en kleine gebouwen die kort geleden nog zo'n 1200 patiënten herbergden, de grachten en muren waren er nog wel, maar ramen, deuren en hekken stonden open, de sleutelbossen waren zoekgeraakt en witte jassen waren nergens meer te bekennen.'¹⁴³

Ook leden van de psychiatrische tegenbeweging die naar Triëst reisden waren enthousiast. Een van hen schreef: 'Het was een complete verrassing voor me om met duizenden mensen bij elkaar te komen op het terrein van San Giovanni, de grote provinciale inrichting die was gesloten, opgeheven. Om in de lege paviljoens, de in onbruik geraakte slaapzalen, te discussiëren over psychiatrische onderdrukking [...] De enige psychiatrische inrichting van de provincie, net zo groot als Santpoort, 1100 "bedden", leeg, gewoon gesloten, "chiuso", met op het hoofdgebouw in koeieletters "La liberta è terapeutica", vrijheid is therapeutisch!'¹⁴⁴ In 1979 werden twee kritische psychiaters uit Triëst uitgenodigd door de andragogen van de Universiteit van Amsterdam, om ervaringen uit te wisselen in verband met het opzetten van een wegloophuis in Haarlem.¹⁴⁵ In dat jaar vond in Utrecht onder grote belangstelling een congres plaats over de democratische psychiatrie en alternatieve hulpverlening.¹⁴⁶ In 1980 verschenen diverse publicaties over de democratische psychiatrie. Rond 1980 werden in diverse steden bovendien huizen opgericht voor mensen die waren weggelopen uit inrichtingen. In 1983 waren er acht: in Haarlem, Amsterdam, Arnhem, Utrecht, Groningen, Den Haag, Den Bosch en Rotterdam.¹⁴⁷ Vaak waren deze zogenaamde Wegloophuizen opgericht door mensen uit de kraakbeweging en waren ze ook gevestigd in kraakpanden. In alle gevallen was de Italiaanse psychiatrie een lichtend voorbeeld. In 1981 vond in Amsterdam een congres plaats over de democratische psychiatrie en ook het Haagse Wegloophuis organiseerde dat jaar een avond over dit onderwerp.¹⁴⁸

Het ideaal van de vrijwilligers in deze Wegloophuizen was, net als in de alternatieve hulpverlening begin jaren zeventig, het stimuleren van 'sociale actie'. Typerend voor het heersende ideaalbeeld is een gebeurtenis in Rotterdam. Daar was de Werkgroep Psychiatrie Rotterdam actief: een geradicaliseerde, meer politieke variant van de kritische groepering de Delta Ploeg, die in de jaren zeventig ijverde voor humanisering van de psychiatrische hulpverlening binnen de inrichtingen.¹⁴⁹ In het Rotterdamse Wegloophuis, dat door de Werkgroep Psychiatrie Rotterdam was opgericht, verbleef Bert, die zijn leven lang kaartjesverkoper was geweest op de tram. Door een reorganisatie was hij werkloos geworden. Bert werd depressief, dreigde uit zijn huis te worden gezet, deed een zelfmoordpoging met slaapmiddelen en werd opgenomen in Delta. Daar werd hem duidelijk dat 'het ekonomies belang boven het menselijk belang [gaat]. Deze maatschappelijke ontwikkeling is de basis van toenemende spanning onder de mensen.'¹⁵⁰ Bert liep weg uit het ziekenhuis en probeerde vanuit het Wegloophuis acties te organiseren tegen het Rotterdamse gemeentelijk vervoersbedrijf. Dergelijke kritische acties vanuit de Wegloophuizen waren echter zeldzaam.

HET AMSTERDAMSE MODEL

Naast het voeren van acties tegen psychiatrie en maatschappij, was algehele sluiting van de psychiatrische ziekenhuizen voor sommige critici begin jaren tachtig het ultieme ideaal geworden. In 1982 verscheen het pamflet *Delta dicht*, geschreven door medewerkers van het door Kees Trimbos geleide Instituut voor Preventieve en Sociale Psychiatrie van de Rotterdamse Erasmus Universiteit. Sluiting van het Deltaziekenhuis zou nodig zijn omdat mensen er 'chronificeerden', geen privacy hadden, werden geïsoleerd, platgespoten en geshockt. Het alternatief was hulpverlening in de samenleving zelf, door samenwerking van crisisdiensten, maatschappelijk werk en begeleid wonen. Want het ging bij 'geestesziekten' om 'heel menselijke problemen, waar heel menselijke oplossingen voor te vinden zijn', dachten de auteurs van het pamflet.¹⁵¹ Trimbos distantieerde zich overigens van het pamflet, dat hij naïef en demagogisch noemde. Ook veel medewerkers van Delta zelf waren het niet met het pamflet eens.

Voorstanders van sluiting van Delta voerden ondertussen een lobby richting de Rotterdamse gemeenteraad, die steun in de rug had van de Wereld Gezondheids Organisatie. Die constateerde in 1980 een 'deplorabele situatie' in de Rotterdamse GGZ. In 1983 besloot de Rotterdamse gemeenteraad dat Delta haar capaciteit diende in te krimpen van zo'n 1000 tot 450 bedden. Als alternatief zouden kleinschalige voorzieningen in de wijken moeten worden gerealiseerd.¹⁵² In de praktijk verliep de afbouw van capaciteit minder snel dan sommigen vreesden en anderen hoopten. Weliswaar ging Delta vanaf 1985 ambulanter werken, maar in 1997 had het ziekenhuis nog altijd een klinische capaciteit van 821 plaatsen.¹⁵³

Het provinciale psychiatrische ziekenhuis Santpoort, waar sinds de negentiende eeuw Amsterdammers in psychische nood meestal terecht kwamen, zou als enige Nederlandse inrichting wél geheel worden ontmanteld. Santpoort, dat zo'n 1100 bedden telde, zou in de loop van de jaren tachtig en negentig geheel worden afgebouwd. Twee nieuwe, kleinschaliger psychiatrische ziekenhuizen die in de stad Amsterdam gevestigd werden, kwamen ervoor in de plaats.¹⁵⁴ De voorgeschiedenis van deze ontwikkelingen rond Santpoort lag eind jaren zeventig. In 1978 probeerde de Amsterdamse tegenbeweging, geïnspireerd door het Italiaanse voorbeeld, de politiek te betrekken bij hun plannen de psychiatrie te hervormen. Een samenwerkingsverband van *Gekkenkrant*, Stichting Pandora en de Cliëntenbond organiseerde dat jaar een congres getiteld: 'Help, de hulp is zoek in Mokum!'. De onlangs geïnstalleerde gemeenteraad bleek met de mond vol tanden te staan wat betreft de situatie in de psychiatrische hulpverlening aan Amsterdammers. Enkele raadsleden deden in de jaren daarna pogingen dit onderwerp op de agenda te krijgen.

Begin jaren tachtig rook de tegenbeweging een kans om Santpoort, net als San Giovanni in Triëst, te laten ontmantelen. De Nederlandse overheid ontwikkelde destijds plannen om de intramurale psychiatrie kleinschaliger te maken en beter

te spreiden. In Amsterdam bleken verhoudingsgewijs te weinig 'bedden' aanwezig. In de regio Kennemerland, waarin Santpoort was gelegen, waren er juist te veel. Er zouden dus een à twee nieuwe psychiatrische ziekenhuizen moeten verrijzen in de hoofdstad en op termijn wellicht nog meer. Mark Janssen, destijds actief in de Amsterdamse psychiatrische tegenbeweging, vertelde achteraf: 'De stemming in die tijd was heel erg anti-inrichting. Dus toen we hoorden over de plannen voor nieuw te bouwen APZ'en in Amsterdam en Noord-Holland werden we furieus. Wij wilden de inrichtingen juist afbreken en zij gingen nieuwe bouwen!'¹⁵⁵

Dergelijke geluiden hadden de tijd mee. In 1983 organiseerden de hoogleraren sociale psychiatrie Kees Trimbos en Marius Romme, de onderzoeker Egbert van der Poel en de voorzitter van de Cliëntenbond Hans van der Wilk de zogenaamde moratorium-actie. Trimbos en Romme vonden dat er geen nieuwbouw meer gepleegd of gepland mocht worden op het terrein van psychiatrische ziekenhuizen voordat op landelijk niveau eens goed was nagedacht over de toekomst van de psychiatrie. Begin jaren tachtig was inderdaad een begin gemaakt met nieuwbouw op allerlei inrichtingsterreinen. Oude gebouwen, stammend uit de periode rond 1900, waren vaak nodig aan vervanging toe, had de overheid in 1977 na uitgebreid onderzoek geconcludeerd. Schrameijer, die destijds actief was in zowel de landelijke als de Amsterdamse psychiatrische tegenbeweging, herinnerde zich: 'We dachten, er wordt allerlei nieuwbouw gepland in de psychiatrie, dus dit is het moment om het anders te gaan doen. Het is nu of nooit.'¹⁵⁶

De acties hadden succes. In 1983 accepteerde de Tweede Kamer vrijwel unaniem de motie-Terpstra, die voorstelde om de nieuwbouwplannen in de psychiatrie inderdaad opnieuw in overweging te nemen. In Amsterdam werd ondertussen door de tegenbeweging een sterke lobby gevoerd in de gemeenteraad, en vooral in de richting van de CPN-wethoudster voor Gezondheidszorg, Tineke van den Klinkenberg. Zij bleek ontvankelijk voor de kritische ideeën over de psychiatrie. In 1983 publiceerde zij de baanbrekende nota-Van den Klinkenberg, die de geestelijke gezondheidszorg in Amsterdam op de schop gooide en resulteerde in de totale afbraak van psychiatrisch ziekenhuis Santpoort. Amsterdam zou worden ingedeeld in regio's, die ieder een 'sociaal-psychiatrisch dienstencentrum' (SPDC) zouden krijgen. In die centra zouden slechts twintig tot veertig bedden voor 24-uurszorg beschikbaar zijn. De overige psychiatrische hulpverlening diende 'ambulant' te worden verleend, in de vorm van dagopvang, acute hulpverlening of thuisbezoekjes aan cliënten in beschermde woonvormen.¹⁵⁷

Vanaf 1987 verhuisden de afdelingen van Santpoort naar de stad, een ontwikkeling die uiteindelijk in 2002 zijn voltooiing vond. De invloed van de psychiatrische tegenbeweging op de drastische vorm die de afbouw van Santpoort aannam was waarschijnlijk aanzienlijk, alhoewel ook de overheid begin jaren tachtig een sociaal-psychiatrisch beleid inzette: de psychiatrische hulpverlening moest meer 'opnamevoorkomend' worden. Nieuwe psychiatrische centra moesten kleinschalig zijn, net als de Amsterdamse SPDC's, en in wooncentra gevestigd worden. De

overheid hoopte ook dat deze deïstitutionalisering van de klinische psychiatrie de staat op den duur geld zou besparen.¹⁵⁸

De oriëntatie op de Italiaanse democratische psychiatrie had de psychiatrische tegenbeweging tijdelijk weten te redden van de onderliggende twijfel en verdeeldheid. Na de acties rond de afbraak van Santpoort raakte de beweging op haar retour. In 1981 verscheen het laatste nummer van de *Gekkenkrant*, die na 1978 nog een paar jaar met een nieuwe redactie was blijven voortbestaan. Het kritische blad *Aha! Tijdschrift voor alledaagse waanzin* nam de fakkel over, maar ging in 1986 ter ziele. De Wegloophuizen trof ondertussen hetzelfde lot als de opvanghuizen van de alternatieve hulpverleningsorganisatie *Release* begin jaren zeventig: van het voeren van 'sociale actie' kwam weinig terecht.

Medewerkers van het Rotterdamse Wegloophuis schreven in 1985 in een evaluatie mismoedig dat het Wegloophuis onderdeel was geworden van de bestaande 'draaideurpsychiatrie'.¹⁵⁹ De meeste 'weglopers' hadden een uitgebreid psychiatrisch verleden en beschikten niet meer over 'maatschappelijke en sociale verbanden' waarheen ze terug konden keren. Medewerkers signaleerden bij zichzelf een neiging om in de 'valkuil' van de hulpverlening te lopen door verantwoordelijkheden over te nemen van de bewoners, die zich vaak zeer passief en weinig zelfstandig opstelden.¹⁶⁰ Ook in het Utrechtse Wegloophuis werd de 'signaalfunctie' (het signaleren van misstanden in psychiatrie en maatschappij) verdrongen door de 'opvangfunctie', omdat er een grote hulpvraag was en een tekort aan vrijwilligers.¹⁶¹ De Cliëntenbond bleef ondertussen onverminderd actief. Begin jaren tachtig voerde men actie tegen de eenzame isolatie van opgenomen mensen in isoleercellen en reed de 'Gek-express', een bus met informatie over de Bond en over patiëntenrechten, door het land om bezoeken te brengen aan psychiatrische ziekenhuizen.

De Nederlandse psychiatrische tegenbeweging maakte zodoende een vergelijkbare ontwikkeling door als veel opinieleiders in de kritische psychiatrie, zoals Cooper, Laing, Foudraine en Basaglia. Allemaal waren zij begonnen met het streven om de bestaande praktijk in de psychiatrische inrichtingen te veranderen. Laing had in de jaren vijftig in een Schots psychiatrisch ziekenhuis deelgenomen aan een experiment, waarbij een afdeling voor chronisch schizofrene vrouwen werd omgevormd tot therapeutische gemeenschap.¹⁶² Cooper creëerde begin jaren zestig de therapeutische gemeenschap 'Villa 21', een 'experiment in anti-psychiatrie' zoals hij het noemde. Foudraine vormde begin jaren zestig een afdeling van de Amerikaanse instelling Chestnut Lodge om tot therapeutische gemeenschap en Basaglia probeerde destijds zijn hele psychiatrische ziekenhuis in Gorizia in een therapeutische gemeenschap te veranderen.

Pas na deze pogingen om de bestaande psychiatrische hulpverlening in de intramurale psychiatrie te hervormen, keerden deze kritische psychiaters zich er expliciet vanaf. Zo schreef Foudraine in *Wie is van hout...* dat de gebouwen van psychiatrische ziekenhuizen volgens hem alleen geschikt waren voor de verpleging van psychische gestoorde bejaarden, mensen met neurologische aandoeningen of

zwakzinnigen.¹⁶³ De Nederlandse psychiatrische tegenbeweging doorliep dezelfde stadia als bovengenoemde kritische psychiaters, zij het met een decennium vertraging. Pas rond 1980 waren sommige psychiatriehervormers in ons land op het standpunt gearriveerd dat Foudraïne, Laing en Cooper een decennium eerder al verkondigden: dat het ‘water naar de zee dragen’ was om de bestaande psychiatrische inrichting te democratiseren en dat de intramurale psychiatrie afgeschaft moest worden, ten gunste van kleinschalige, psychotherapeutische voorzieningen.¹⁶⁴

6.4 Conclusie

Alhoewel veel kritische hulpverleners op de werkvloer van de intramurale psychiatrie druk doende waren om het medisch model te bestrijden, zoals in het vorige hoofdstuk is beschreven, gingen de hervormingen in de klinische psychiatrie sommige leden van de psychiatrische tegenbeweging, bijvoorbeeld diverse mensen uit de Cliëntenbond, de redactie van de *Gekkenkrant* en de studenten psychologie van het kritische tijdschrift *'t Narreschip*, lang niet ver genoeg. Het verlangde verbod op de elektroshocktherapie was er niet gekomen, al stelde de overheid als reactie op de NASA strenge richtlijnen op voor de toepassing van deze behandelmethodes. De veranderingen op enkele vooruitstrevende afdelingen beschouwden men als een zoethoudertje. Binnen de tegenbeweging verschilden men anno 1978 van mening over de vraag of het doel een ‘humanisering’ of ‘afschaffing’ van de klinische psychiatrie moest zijn. Vervolgens keerde de psychiatrische tegenbeweging zich tegen het gebruik van en onderzoek naar psychofarmaca, hetgeen weliswaar leidde tot heftige acties en conflicten, maar de opmars van de biologische psychiatrie niet wist te stoppen. Daarna klonk de roep om afschaffing van de psychiatrische ziekenhuizen. In Amsterdam, waar veel centrale organisaties in de psychiatrische tegenbeweging gevestigd waren, boekte dit protest veel succes.

Terwijl de psychiatrische tegenbeweging zich zodoende afwendde van de behandelinhoudelijke kant van het protest tegen de klinische psychiatrie, hetgeen inhoud had dat hun pleidooi voor ‘praten, praten en nog eens praten’ van begin jaren zeventig naar de achtergrond verdween, begon zich in de klinische psychiatrie langzaam het begin van een kenterend therapeutisch klimaat af te tekenen. Als gevolg van het toenemende succes van de biologische psychiatrie en het protest van ouders van psychiatrische patiënten nam de dominantie van het ‘interpersoonlijke’ psychotherapeutische behandelmodel in de loop van de jaren tachtig af. ‘Anti-antipsychiaters’ als Stolk en Hardeman betoogden dat lijders aan psychische stoornissen een ziekte hadden die leidde tot een ‘innerlijke onvrijheid’ en verlies van autonomie. Dit invaliditeitsmodel van geestesziekten won terrein ten opzichte van de visie van kritische psychiaters en systeemtherapeuten, dat de psychische crisis een potentiële bevrijding van het autonome individu was van ‘groei-beperkende’ sociale structuren. Bovendien werden aanhangers van dit ‘sociaal

model' er rond 1980 zelf van beschuldigd dat ze hardvochtig zouden zijn en dat hun visie op geestesziekte in emotioneel opzicht slachtoffers maakte: de ouders van patiënten. Daarmee verloren zij hun morele overwicht in het debat rond de vraag naar de aard van geestesziekte en de beste vorm van psychiatrische hulpverlening.

Conclusies

Wouter de Haan, een man van midden veertig met de diagnose schizofrenie, woonde rond het jaar 2000 in psychiatrisch centrum Welterhof te Heerlen.¹ 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 Foudraïne 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 beemoedigend 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, Foudraine 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. Foudraine 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 Denendal. 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 actievere therapie introduceerde, veranderden psychiatrische inrichtingen in mini-maatschappijtjes waar patiënten werden onderworpen aan een reëducatie. Inmiddels waren de burgerschapsidealens 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.²

Tijdens een groeps gesprek 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.³ 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. Analoog 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 antipsychotische 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.

Epiloog

De erfenis van de kritische psychiatrie

‘Het is een zegen dat die tijd voorbij is.’ Aldus keek psychiater Ten Doesschate, directeur behandelzaken 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 groepsgesprek 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?’²³ 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.’²⁴ 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 onderzoeks cultuur.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, gedeceideerd 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 beknotte 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 furore 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 Zoloft. 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 Opnemings 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 'bejegeninggeboden' voor hulpverleners die de vereniging Anoiksis 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.

VERMAATSCHAPPELIJKING

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 vermaatschappelijkingproces. 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.²⁴⁷

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 nam men 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 romantisieren. 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.’²⁴⁸ 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.²⁴⁹ 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 wittejassenmaffia” 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 vermenselijking van de hulpverlening. Want dat is nog steeds en weer opnieuw nodig volgens mij.’²⁵⁰

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’.

Summary

Master of one's own mind. 'Antipsychiatry' in the Netherlands, 1965-1985

During the 1960s and 1970s, from the United States to Italy, a wave of criticism flooded western clinical psychiatry. This international attack on clinical psychiatry is commonly referred to as 'antipsychiatry'. The most famous critic was the British psychiatrist Ronald D. Laing, whose books have sold millions of copies worldwide. According to Laing, his Dutch follower Jan Foudraïne and other critics, the dominant 'medical model' of mental illness, which presented madness as an individual disease with hereditary properties, was a sham. They claimed that there was nothing wrong with the brain, the body or the genes of the 'mentally ill', but that the 'mentally ill' suffered from understandable problems in living. Their claims suggested that so-called psychiatric patients were the victims of western society, which valued outward appearance, conformity, competition and money at the cost of emotional expression and individual freedom. Those individuals who were too sensitive or wayward to adjust, were rejected by both their families and society, put away in psychiatric hospitals, unjustly labelled as ill and given medication and electroshock therapy, allegedly to cure their illness but in reality to smother their maladjusted behaviour.

Nowadays, antipsychiatry is remembered by many laymen, historians and psychiatrists alike as an attack on the very legitimacy of psychiatric care and a plea for its abolishment. Moreover, it is often viewed as part of the anti-authoritarian spirit of the sixties. The charge against clinical psychiatry was alleged to have been largely adopted by Marxist intellectuals, psychedelic revolutionaries, journalists and movie directors, who projected their cultural criticism on clinical psychiatry without having any real knowledge of mental illness.

This thesis, which focuses on Dutch criticism of clinical psychiatry between approximately 1965 and 1985, argues that this historical image of 'antipsychiatry' is only partially correct, at least as far as the Netherlands is concerned. Certainly, some radical critics expected no good from any kind of institutionalised psychiatry. In Holland as well as America and England, around 1970 the ideas of Laing and like-minded thinkers were all the rage in the media and amongst artists, users

of mind-expanding drugs and critical academics. However, for a large part, the charge against the medical model in clinical psychiatry came from within. It was voiced by people who worked in the lion's den, the psychiatric hospitals. The negative umbrella term 'antipsychiatry' does not fit the optimistic content of this reform movement within clinical psychiatry, which was characterised by a strong psychotherapeutic and humanitarian optimism and an urge to cure psychiatric problems. Therefore, in this thesis the alternative term 'critical psychiatry' is used.

To illustrate the character and backgrounds of this reform movement in Dutch clinical psychiatry, this book offers an in-depth analysis of one case study; the events during the 1970s at 'Conolly', a ward for acute admissions of male patients of psychiatric hospital Brinkgreven in Deventer. This case study is based on interviews with former employees of Conolly, their publications, hospital archives and a qualitative analysis of fifty patient-files. At Conolly, a newly installed head nurse, psychologist and psychiatrist cooperated from 1970 onwards to transform Conolly into a therapeutic community, in order to replace the 'medical model' of madness by a 'social model'. All nurses, including the students, were actively involved in this process and were introduced to a bulk of new literature. Next to well-known critical psychiatrists such as Laing and Foudraire, the humanistic psychologist Carl Rogers was widely read at Conolly, as well as the Marxist psychoanalyst Erich Fromm and the American 'system therapists' Paul Watzlawick and Jay Haley. All these authors put forward ideas that bared many similarities to those of Laing and Foudraire, but they presented them in a less polarised manner. Most nurses were enthusiastic about the social model because they had grown critical of the traditional dominance of medication and work therapy in the treatment of patients. The psychological approach of the social model offered them the possibility to have more personal interaction with the patients and actually assist in their treatment.

The leading treatment team at Conolly boldly stated that 'mentally ill' individuals did not exist. There were only pathological social systems, in other words: families. The seemingly crazy and nonsensical behaviour of an 'identified patient' within a pathological system actually was functional. Bizarre thoughts and actions could, for example, be a cry for help and an effort to expose the pathology of a social system. As Laing put it, 'madness' was simply a smoke-screen behind which a scared, angry or confused person was hiding from a hostile world, which threatened his 'true self'. At Conolly, treatment according to the social model was based on family and relational therapy, group therapy and efforts to confront the patients (or 'residents', as they came to be called) with their own behaviour, which supposedly stunted their personal growth. The goal was to stimulate the residents to face their emotions and relational problems. Whilst critical psychiatry was strongly averse to the implicit moral standards of traditional clinical psychiatry, which supposedly oppressed non-conformist individuals, at Conolly, critical psychiatric ideas thus helped to shape a modern, but likewise moralistic type of psychiatric care. The ward's psychologist, assistant-psychiatrists and nurses

aimed to fundamentally 'change' the residents and their family members according to their own moral standards. They tried to make people accept responsibility for their own mental well-being and the choices they made in the course of their lives. Also, they tried to get the residents to be more honest and open about their feelings. Passive or escapist behaviour was chastised.

At first, the reforms at Conolly were strongly supported by the hospital director, who had been trying from the early 1960s onwards, to transform Brinkgreven from an asylum into a more dynamic treatment centre. Although the Conolly personnel regularly presented their ward as very special and different from the rest of the hospital, other wards of Brinkgreven also introduced group therapy, family therapy and the concept of the therapeutic community during the 1970s. At the same time, these changes were made possible by a growth in finances, nurses and staff. The emancipation of psychiatric nurses and psychologists was another important background of these hospital-wide efforts to reform psychiatric care at both Conolly and other wards. Many psychiatric nurses were tired of being up graded hotel servants, spending most of their time cleaning wards and regulating the strict regime of hospital life. Psychologists wanted to do more than conducting psychological tests.

Conolly was, however, the most radical expression of this broader climate of change at Brinkgreven. Within this ward, the psychotherapeutic optimism and disdain for classical psychiatric diagnoses were stronger than elsewhere and in 1978 a serious conflict evolved. Conolly had antagonised the hospital's director and staff by its hostile attitude towards several psychiatrists who had attempted to work on this ward. Furthermore, the Conolly-team sometimes refused to admit people they did not deem suitable for treatment. This angered family members, general physicians and referring mental health organisations. In addition, an internal conflict had arisen at Conolly. Several nurses had grown uncomfortable with the new approach, which in their view led to a harsh treatment of residents and their family members. In the end, the psychologist and nurse who set the tone at Conolly were forbidden by the hospital directors to continue working on this ward and many of their sympathisers left.

The events at Conolly and in psychiatric hospital Brinkgreven are in many ways characteristic of a much broader reform movement, which existed in Dutch clinical psychiatry during the 1970s. In Holland, several other hospital wards like Conolly aimed at a drastic renewal of psychiatric care. Around some of these similar conflicts evolved. Just as Laing and Foudraire were merely the most polemic among many other psychiatrists and psychotherapists who attacked the medical model of madness at the time, these controversial wards were only the 'tip of an iceberg' of psychotherapeutic optimism, democratisation and efforts to break through the petrification in Dutch hospital psychiatry. Like the Conolly-staff, many other critics likewise called for an *intensification* of psychiatric care. Through methods like group therapy and family therapy, the interpersonal roots of individual emotional suffering should be exposed, instead of being covered up

with medication and reassuring pats on the back. Thus, a mental breakdown could become a breakthrough, as Laing put it: a crucial and instructive phase in a person's process towards self-realization. So-called patients should become masters in their own minds again. Dislodging patients from their supposedly pathological family ties was a leading thread running through this reform movement in Dutch clinical psychiatry, in exactly the same manner as at Conolly.

The critical current within Dutch clinical psychiatry received much support, just as Conolly was initially backed up by the hospital director of Brinkgreven. Many psychiatrists in Holland were strongly oriented towards psychotherapy. The therapeutic community was considered by many to be an ideal setting for effective psychiatric treatment. Symbolic of the low appraisal of neurobiological aspects of mental illness was the split of the Dutch Society for Psychiatry and Neurology in 1974. Furthermore, many directors of psychiatric hospitals supported the attack on the medical model of madness and the authoritarian daily hospital regime, because they were afraid to end up as static asylums for chronic patients. Moreover, biological psychiatry as a scientific branch within clinical psychiatry was still in its infancy whilst criticism was growing with regard to the heavy side effects and low efficacy of the new psycho-pharmaceuticals, which were introduced during the 1950s.

Critical psychiatry gained further support from the Dutch government, the media and popular opinion. As early as 1965, Laing came to Holland by invitation of the Dutch Ministry for Social Welfare, to instruct mental health care personnel in the theory and method of family therapy. In the 1970s, this Ministry also helped finance the making of several popular movies, which were strongly inspired by Laingian thought. Next to this, several organisations for 'alternative mental health care' or the emancipation of psychiatric patients came into existence. Critical psychiatric ideas fit in well with the general climate of cultural renewal, which was dominant in the Netherlands at the time. Ideological ties between the call for psychiatric reform and the call for social reform were the ideals of enlarging individual freedom, creating more equality between people, and stimulating emotional openness and honesty. The strong cultural criticism that was present in Holland around 1970 was a fertile breeding ground for the notion that society could create severe emotional and behavioural problems. An important concrete link between psychiatric and social reform was formed by the young psychiatric nurses of the postwar baby boom generation who entered clinical psychiatry at the time.

Around 1980 however, the tide started turning. So-called anti-antipsychiatrists joined issue with critical psychiatric thought and practice. Their case was strong. The professionalisation of biological psychiatry had created new and influential theories about the neurobiological aspects of mental illness. Moreover, in the course of the 1970s the success of the drug Lithium in the treatment of severe mood disorders had become undeniable. Genetics had presented new evidence pointing towards a hereditary basis of schizophrenia. On top of this, anti-antipsy-

chiatrists pointed out that the parents of psychiatric patients often felt badly treated by critical psychiatrists, psychologists and nurses, as if they were to blame for the problems of their children. This anti-antipsychiatric counterattack was supported by many family members – mostly mothers – of psychiatric patients. Slowly, those working along the lines of the supposedly more humane social model turned into the bad guys, the ones who made the victims. Meanwhile, the social movement which aimed at reforming clinical psychiatry and which consisted of (ex-)patients, psychiatric nurses, journalists and academics, slowly turned its attention away from its plea for an intensification of psychiatric treatment using psychotherapeutic methods. They became interested in radical de-institutionalisation: the abolishment of psychiatric hospitals, as was happening in Italy at the time. During the 1980s, critical psychiatry entered a new phase, typified by the slogan: 'Freedom is therapeutic!'

Critical psychiatry had been the extreme tip of an iceberg of psychotherapeutic healing optimism dominant in Dutch clinical psychiatry during the 1970s. As this urge to heal faded and the influence of biological psychiatry grew stronger, the return to the traditional view of madness as a disabling illness proved to blend very well with a social psychiatric approach, aimed at supporting and treating people outside the walls of the psychiatric hospital. At the same time the 'antipsychiatric period', as the 1970s came to be called, was demonised by some influential psychiatrists, journalists and historians alike. This has hindered our understanding of the character and influence of this period. 'Antipsychiatry', as this book has attempted to show, was not merely a cultural fad, initiated by a couple of isolated, radicalised psychiatrists who were mostly popular among 'hippies' and trendy intellectuals. Critical psychiatry was part of a broad and widely supported reform movement within clinical psychiatry, aimed at humanising psychiatric care and healing people. Any period of therapeutic optimism and reform-mindedness in the history of psychiatry has led to both excesses and created new forms of treatment and insight into the dynamics of mental problems. One result of the psychotherapeutic climate of the 1970s is the attention which has grown for the importance of the behaviour of family members for the mental well-being of the clients of clinical psychiatry. Also, the importance of a respectful and individual treatment of clients has since remained an issue. Moreover, for some clients, psychiatrists and nurses, the notion that there is a meaning in madness still has relevance. Likewise, there was a meaning in the apparent madness of the so-called antipsychiatric period.

(Met dank aan Clare Daykin)

WAAROM 'GEK'

omdat ie
anders is?
nou ja.



Noten

1 Inleiding: zin in de waanzin

- 1 In dit boek wordt consequent gesproken van 'psychiatrisch ziekenhuis (PZ) Brinkgreven', zoals het ziekenhuis waarschijnlijk rond 1970 van de vorige eeuw ging heten en zoals het ook in de bestaande geschiedschrijving over deze instelling wordt genoemd. Met ingang van 1918 heette Brinkgreven officieel een psychiatrische inrichting. Wanneer de benaming 'psychiatrisch ziekenhuis' precies gangbaar werd, is mede vanwege het ontbreken van jaarverslagen over de jaren zestig en zeventig moeilijk te achterhalen. Zie: C.M. Hogenstijn, *St. Elisabeths Gasthuis en Brinkgreven. Geschiedenis van de psychiatrische ziekenhuizen te Deventer* (Deventer 1987) 85 en 134. Zie over de geschiedenis van Brinkgreven ook: J. Vijselaar (red.), *Over de IJssel, over de schreef. De geschiedenis van de geestelijke gezondheidszorg in Overijssel en van het Psychiatrisch Ziekenhuis Brinkgreven in het bijzonder* (Utrecht 1993).
- 2 De beschrijving van het geval van de inktvissenman is afkomstig uit: Medisch archief Stichting Adhesie, lokatie Brinkgreven, dossier BC 20 (eigen nummering van een steekproef van vijftig dossiers van de afdeling Conolly, uit de periode 1969-1979). De term 'inktvissenman' is overigens niet afkomstig van de hulpverleners op Conolly, maar van mijzelf.
- 3 R.D. Laing, *Het verdeelde zelf. Een existentiële studie in gezondheid en waanzin* (Meppel 1976, zesde druk; oorspronkelijke Nederlandse uitgave 1969. Vertaling van *The divided self*; 1960); R.D. Laing, *Strategie van de ervaring* (Meppel 1975, achtste druk; oorspronkelijke Nederlandse uitgave 1969; vertaling van *The politics of experience* 1967).
- 4 D. Burston, *The wing of madness. The life and work of R.D. Laing* (Londen 1996) 65-67.
- 5 Laing, *Het verdeelde zelf*, 163. Laing borduurde in dit boek voort op de ideeën van zijn collega en mentor de psychiater Donald Winnicott, die eerder al betoogde dat bij kinderen een 'vals zelf' kan ontstaan wanneer ze proberen te voldoen aan wensen van ouders of leraren die tegen hun natuur indruisen.
- 6 J. Clay, *R.D. Laing. A divided self* (Londen 1996) 121.
- 7 J. Berke, *Mary Barnes: two accounts of a journey through madness* (Londen 1971).
- 8 De term 'klinische psychiatrie' heeft, net als de aanduiding 'intramurale psychiatrie', betrekking op de 24-uurszorg voor mensen met psychische problemen, binnen de setting van een psychiatrisch ziekenhuis, een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis of een psychiatrische universiteitskliniek.
- 9 D. Cooper, *Psychiatry and anti-psychiatry* (Londen 1967). De Nederlandse vertaling luidde: *Psychiatrie en anti-psychiatrie* (Meppel 1968).
- 10 Burston, *The Wing of madness*, 1. De Nederlandse vertalingen van Laing verschenen allemaal bij Uitgeverij Boom in Meppel. De precieze verkoopcijfers van Laing in Nederland zijn helaas niet meer te achterhalen. De schatting van uitgeverij Boom van het aantal exemplaren per druk is 1500. Als je alle drukken van alle vertaalde boeken van Laing bij elkaar optelt, kom je uit op

- zo'n 42.000 boeken van Laing die in ons land in vertaling verkocht zijn. Naast *Het verdeelde zelf* en *Strategie van de ervaring* verschenen bij Boom: *Toestanden*, 1970 (derde druk 1974; vertaling van *Knots*, 1970); *Het zelf en de anderen*, 1970 (vierde druk 1978; vertaling van *Self and others*, 1961); (met A. Esterson) *Gezin en waanzin*, 1971 (vijfde druk 1975; vertaling van *Sanity, madness and the family*, 1964); *Gezinspatronen*, 1972 (tweede druk 1976; vertaling van *The politics of the family*, 1969).
- 11 De reacties van bezoekers waren gemengd. Sommigen roemden de tolerantie op Kingsley Hall, anderen vonden de cultuur op Kingsley Hall elitair. De Amerikaanse psychiater Loren Mosher herinnerde zich dat er op Kingsley Hall een onuitgesproken regel bestond tegen sociale beleefdheden. 'Het leek wel verboden om jezelf voor te stellen, iemand de hand te schudden of te praten over koetjes en kalfjes', vond Mosher. 'Bezoekers die zich hier wel aan overgaven, werden door de bewoners beschouwd als mensen die deel uitmaakten van een sinistere samenzwering tegen de waarheid en het licht.' Burstson, *The Wing of madness*, 84. (Vertaling citaat G. Blok). Mosher richtte zelf in Amerika de alternatieve therapeutische gemeenschap Soteria House op.
 - 12 C. Sigal, 'The rebellious games of a divided self. A memoir of R.D. Laing', *The Independent* 30 augustus 1989.
 - 13 In 1971 waren in dat land al 400.000 exemplaren verkocht van *The politics of experience*. Zie: A. Laing, *R.D. Laing: a biography* (Londen 1994) 161. In 1970 was Laings nieuwste boek *Knots* verschenen [*Toestanden*]. Van de Amerikaanse pocketuitgave uit 1971 werden binnen een paar weken 75.000 exemplaren verkocht. Zie: Clay, *Laing. A divided self*, 153.
 - 14 A.L. Laing, *Laing: a biography*, 167-172.
 - 15 Soms worden ook collega's van bovenstaande auteurs tot antipsychiater bestempeld, zoals de Engelse psychiater Joseph Berke, de Amerikaanse psychiater Loren Mosher, of de Italiaan Agostino Pirella. In een enkel boek of artikel worden Franse psychiaters als Maud Mannoni, Félix Guattari en Jules Deleuze aan de revue van antipsychiaters toegevoegd. Zie bv.: J. Postel en D. Allan, 'History and anti-psychiatry in France', in: W. Bynum and R. Porter, *Discovering the history of psychiatry* (Londen 1994) 384-414; K. Trimbos, *Antipsychiatrie: een overzicht* (Deventer 1975).
 - 16 J. Foudraïne, *Wie is van hout... een gang door de psychiatrie* (Baarn 1971). Over Foudraïne, zie: G. Blok, "'Messiah of the schizophrenics": Jan Foudraïne and anti-psychiatry in the Netherlands', in: M. Gijswijt-Hofstra en R. Porter (red.), *Cultures of psychiatry and mental health care in post-war Britain and the Netherlands* (Atlanta/Amsterdam 1998) 151-169.
 - 17 Trimbos, *Antipsychiatrie: een overzicht*, 53-66.
 - 18 Ibidem, 53.
 - 19 Ibidem, 56-61.
 - 20 Voor de karakterisering van de westerse samenleving als gevangenis zie Laing, *Gezinspatronen*, 62. Voor een uitgebreidere verwoording van zijn cultuurkritiek zie Laing, *Strategie van de ervaring*.
 - 21 D. Cooper, *Psychiatry and anti-psychiatry* (Londen 1967). Szasz bijvoorbeeld distantieerde zich expliciet van het etiket antipsychiater, dat hij associeerde met een marxistische cultuurkritiek die hij niet deelde. Zie bv.: T. Szasz, *De tweede zonde. Gedachten over huwelijk, seks, drugs, geestesziekte, psychiatrie* (Bilthoven 1973) 62. Ook Laing vond het vreselijk om antipsychiater genoemd te worden. Zie: A.L. Laing, *Laing. A biography*, 138. Italiaanse kritische psychiaters kozen voor de alternatieve termen 'anti-institutionele psychiatrie' en 'democratische psychiatrie'.
 - 22 Laing, *Het verdeelde zelf*, 165.
 - 23 Clay, *R.D. Laing. A divided self*, 170-171.
 - 24 Foudraïne, *Wie is van hout*, 34. (De paginaverwijzingen hebben overigens betrekking op de 31de druk uit 1980).
 - 25 Ibidem, 36.
 - 26 Ibidem, 38.
 - 27 Bibeb, 'Interview met Jan Foudraïne', *Vrij Nederland* 28 november 1981.
 - 28 Goffman en Foucault bijvoorbeeld hielden zich niet of nauwelijks bezig met het bieden van concrete behandelalternatieven voor mensen met psychische problemen. Szasz vond het therapeutisch optimisme van Laing en consorten zelfs gevaarlijk. Hij noemde hoop een destructieve emotie en vond het een hachelijke onderneming om door middel van een levensbeschouwing of theorie te pretenderen zin te verlenen aan het menselijk bestaan. Zie over deze opvatting van

- Szasz: J. Pols, *Mythe en macht. De kritische psychiatrie van Thomas Szasz* (Nijmegen 1990) 84.
- 29 De term 'kritische psychiatrie' is eerder gebruikt door bv. psychiater J.H. van Meurs, psycholoog David Ingleby en psychiater Jan Pols, in respectievelijk: J.H. van Meurs, 'Kritiese psychiatrie', *TvP* 14 (april 1972) 136-147; D. Ingleby (red.), *Critical psychiatry: the politics of mental health* (Middlesex 1981) en Pols, *Mythe en macht* (Nijmegen, 1990).
- 30 Zie bv.: Burston, *Wing of madness*; J. Bopp, *Anti-psychiatrie. Theorien, Therapien, Politik* (Frankfurt 1980); Clay, *Laing. A divided self*; A. Dahm, *Zum Phänomen der Anti-psychiatrie seit dem 19. Jahrhundert* (Bonn 1983); N. Dain, 'Antipsychiatrie', in: R. Menninger en J. Nemiah (red.), *American psychiatry after World War II (1944-1994)* (Washington 2000) 277-299; M. Donnelly, *The politics of mental health in Italy* (Londen 1992); B. Fox e.a., *Psychiatrische tegenbeweging in Nederland* (Amsterdam 1983); J. Haafkens, 'Mental health care and the oppositional movement in the Netherlands', *Social Science and Medicine* 22 (1988) 2, 185-192; A.J. Heerma van Voss, 'De geschiedenis van de gekkenbeweging. Belangenbehartiging en beeldvorming voor en door psychiatrische patiënten (1965-1978)', *MGV* 33 (1978) 398-428; R. v.d. Hoofdakker, 'Antipsychiatrie', *MGV* 33 (1978) 672-683; D. Ingleby, 'The view from the North Sea', in: Gijs-wijt-Hofstra en Porter (red.), *Cultures of psychiatry and mental health care*, 295-310; R. Jacoby, *Social amnesia. A critique of conformist psychiatry from Adler to Laing* (Boston 1975); C. Kersbergen, 'Van het inrichtingsbed naar de stoel van de beleidsmaker. De gekkenbeweging', in: J.W. Duyvendak e.a., *Tussen verbeelding en macht. 25 jaar nieuwe sociale bewegingen* (Amsterdam 1992) 199-213; Z. Kotowicz, *R.D. Laing and the paths of anti-psychiatry* (Londen 1997); A. Laing, *Laing. A biography*; B. Mullan, *R.D. Laing. A personal memoir* (Londen 1999); Pols, *Mythe en macht*; Postel en Allan, 'History and anti-psychiatry in France'; P. Sedgwick, 'Antipsychiatry from the sixties to the eighties', in: W. Gove (red.), *Deviance and mental illness* (Beverly Hills 1982) 199-223; D. Tantom, 'Anti-psychiatry in Great-Britain', in: R. Porter en G. Berrios (red.), *150 years of British psychiatry* (Londen 1991) 333-347; Trimbos, *Antipsychiatrie: een overzicht*.
- 31 N. Crossley, 'R.D. Laing and the British anti-psychiatry movement: a socio-historical analysis', *Social Science and Medicine* 47 (1998) 877-889; Gijs-wijt-Hofstra en Porter (red.), *Cultures of psychiatry and mental health care*. Ook de studie van E. Tonkens, *Het zelfontplooiingsregime. De actualiteit van Dennendal en de jaren zestig* (Amsterdam 1999), vormde een inspiratie tijdens het schrijven van dit proefschrift. Tonkens plaatst de hervormingsbeweging op Dennendal in de context van ontwikkelingen in de zwakzinnigenzorg en de samenleving als geheel. Dit boek wil hetzelfde doen voor de hervormingsbeweging in de klinische psychiatrie.
- 32 N. de Boer en R. Mol, *Elektrische Terugkeer naar de harde psychiatrie* (Boskoop 1986) 52.
- 33 W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin en P.M.G. Emmelkamp (red.), *Handboek psychopathologie*. Deel 1: *Basisbegrippen* (Houten 1997, tweede druk 5de oplage; oorspronkelijke uitgave 1990) 7.
- 34 G. Grob, 'Deinstitutionalization: the American experience', ongepubliceerd paper voor de internationale workshop *Cultures of psychiatry and mental health care in the twentieth century: comparisons and approaches*, Amsterdam 18-20 september 2003, 16.
- 35 J.A.M. Mathijssen, 'Het verzuim der psychiatrie', *de Volkskrant* 13 juni 1970.
- 36 E. Shorter, *Een geschiedenis van de psychiatrie. Van gesticht tot Prozac* (Amsterdam 1998; vertaling van *A history of psychiatry. From the era of the asylum to the age of Prozac*, 1997) 293.
- 37 J. T. Gitlin, *The sixties. Years of hope, days of rage* (New York 1987) 213, 423-425; J. Green, 'Anti-psychiatry: brotherly love', en 'Dialectics of liberation', in: J. Green, *All dressed up. The sixties and the counterculture* (Londen 1998) 202-212; R.J. Isaacs, *Madness in the streets. How psychiatry and the law abandoned the mentally ill* (1990) 17-65; C. Jones, 'Raising the anti', in: Gijs-wijt-Hofstra en Porter (red.), *Cultures of psychiatry*, 283-295; J. Nuttall, *Bomb culture* (Londen 1970) 108-109.
- 38 Shorter, *Een geschiedenis van de psychiatrie*, 296-297.
- 39 H.P. Schmiedebach, 'Eine "antipsychiatrische Bewegung" um die Jahrhundertwende', in: M. Dinges (red.), *Medizinkritische Bewegungen im Deutschen Reich (ca. 1870-ca. 1933)* (Stuttgart 1996) 127-159, aldaar 139.
- 40 A. Goldberg, 'The Mellage trial and the politics of insane asylums in Wilhelmine Germany', *The journal of modern history* 74 (2002) 1-32, aldaar 10.
- 41 I. Dowbiggin, *Inheriting madness. Professionalization and psychiatric knowledge in nineteenth-century France* (Berkeley 1991) 76-93; N. Reisky, 'The anti-psychiatry debate of the 1890's', *Acta*

- Psychiatrica Scandinavica* 15 (1975) suppl. 261, 14-21.
- 42 In Engeland bijvoorbeeld waren in 1800 zo'n tienduizend mensen opgenomen in een krankzinnigengesticht; in 1900 waren het er ongeveer 100.000. In Nederland kwam de bouw van inrichtingen na 1880 pas goed op gang. Het aantal opgenomen mensen nam hier toe van 4836 in 1884 tot 11.746 in 1910.
- 43 G. Grob, *The mad among us. A history of the care of America's mentally ill* (New York 1994) 129-138.
- 44 De citaten van Olsen en Lunt zijn afkomstig uit J.L. Geller en M. Harris, *Women of the asylum. Voices from behind the walls, 1840-1945* (New York 1994) 70 en 123.
- 45 Deze organisatie, in veel opzichten een voorloper van de Mental Hygiene Movement uit de jaren twintig van de vorige eeuw, was echter geen lang leven beschoren.
- 46 C. van Eijk-Osterholt en K. Bökenkamp, *Wartaal van een gek. Het schokkende verhaal van Johanna Stuten-te Gempt* (Den Haag 1983).
- 47 De minister van Binnenlandse Zaken twijfelde wat hij aanmoest met de kritiek. 'Hebben wij hier te doen', aldus de minister, 'met fictie of fantasie van half krankzinnigen, ofwel moet worden erkend dat [...] de kritiek waarheid bevat' Een onderzoek werd ingesteld, dat echter weinig opleverde. Wel bood een arts uit het bewuste Haagse gesticht na alle kritiek op zijn functioneren zijn ontslag aan. Ook werden de regenten en directeur ontslagen en vervangen door nieuwe mensen. Van Eijk-Osterholt en Bökenkamp, *Wartaal van een gek*, 18.
- 48 E. Melster, *Mishandelingen ondervonden in het 'Oude en Nieuwe Gasthuis' te Zutphen* (Enschede 1902).
- 49 Dowbiggin, *Inheriting madness*, 109. Een ander voorbeeld: in de Victoriaanse roman *Hard cash* laat een vader zijn zoon opsluiten in een krankzinnigengesticht om zo aan diens geld te kunnen komen. Zie: R. Porter, *The Faber book of madness* (Londen 1991) 206.
- 50 Melster, *Mishandelingen*, 30.
- 51 Ibidem, 135.
- 52 Over de denkbeelden van Stårcke zie I. Bulhof, *Freud en Nederland. De interpretatie en invloed van zijn ideeën* (Baarn 1983) 176-212.
- 53 Opvattingen als die van Stårcke waren ook tijdens de jaren vijftig te horen in de Verenigde Staten. Daar verscheen bijvoorbeeld in 1956 een boek van de Amerikaanse psychoanalyticus Robert Lindner, met de provocerende titel: *Must you conform?* ('Moet je je wel aanpassen?'). In dit vlammende pleidooi sprak Lindner van een 'misdadige samenzwering tegen de menselijke natuur', namelijk het heersende conformisme in de Amerikaanse samenleving. Psychiaters speelden een belangrijke rol in deze samenzwering, dacht Lindner, door mensen die afweken van de norm op te sluiten in psychiatrische ziekenhuizen. R. Lindner, *Must you conform?* (New York 1956) 173. Lindner publiceerde eerder het boek *Rebel without a cause*, waarop de gelijknamige film met James Dean is gebaseerd. Ook de schrijver William Burroughs beweerde tijdens de jaren vijftig dat psychiaters deel uitmaakten van een collectieve samenzwering die erop gericht zou zijn om de maatschappij schijnbaar ordelijk en tevreden te houden. 'Die klootzakken', aldus Burroughs, 'vinden dat iedereen die enigszins doorziet hoe de dingen in elkaar steken, in het gekkenhuis thuishoort.' Dit citaat van Burroughs is afkomstig uit: D. Halberstam, *The fifties* (New York 1993) 299. Beat-journalist Seymour Krim belandde zelf in een inrichting en schreef naderhand dat geesteszieken de slachtoffers waren van de moderne maatschappij. Mensen met psychische problemen 'uitten wat andere mensen ook wel voelden, maar verborgen hielden', schreef hij in 1959. S. Krim, 'The insanity bit', in: B. Kaplan (ed.), *The inner world of mental illness. A series of first-person accounts of what it was like* (New York 1963) 62-80. Het artikel 'The insanity bit' stamt oorspronkelijk uit 1959.
- 54 Szasz geciteerd in Pols, *Mythe en macht*, 30.
- 55 Ibidem, 84.
- 56 Kotowicz, *R.D. Laing and the paths of anti-psychiatry*, 42-43.
- 57 J.P. Sartre, 'Introduction', in: R.D. Laing en D. Cooper, *Reason and violence. A decade of Sartre's philosophy* (Londen 1964).
- 58 Sartre geciteerd in D. Jopling, 'Antipsychiatry in Sartre's "The Family Idiot"', *Review of Existential Psychology and Psychiatry* 19 (1984-1985) 161-187, aldaar 163.
- 59 E. Goffman, *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates* (Middlesex 1968; oorspronkelijke uitgave 1961) 125. Wellicht was Goffman op het idee voor dit onder-

- zoek gekomen door het shockerende boek van de Amerikaanse journalist Albert Deutsch, getiteld *The shame of the states*, dat na zijn verschijning in 1948 voor veel opschudding had gezorgd. Deutsch had in diverse Amerikaanse inrichtingen gruwelen aanschouwd. Patiënten verbleven in klamme kelders vol ongedierte; op zalen voor incontinenten mannen trof hij 'Dante-achtige taferelen'. Vooral trof hem het schrijnende gebrek aan persoonlijke aandacht voor de opgenomen patiënten.
- 60 Shorter, *Geschiedenis van de psychiatrie*, 299.
- 61 Ook Thomas Scheff behoort tot deze stroming. Hij richtte zijn kritiek op psychiatrische diagnoses, die hij beschouwde als medische machtsmiddelen om de stigmatisering van afwijkende individuen te rechtvaardigen. Zie bv.: T. Scheff, *Voor gek verklaard. Het etiketteren van geesteszieken* (Deventer 1979, vertaling van *Labelling madness*, 1975).
- 62 E. Goffman, 'The medical model and mental hospitalization', in: Goffman, *Asylums*, 283-336.
- 63 Goffman, *Asylums*, 336.
- 64 M. Foucault, *Folie et déraison; histoire de la folie à l'âge classique* (Parijs 1961). De Nederlandse vertaling verscheen veertien jaar later: M. Foucault, *Geschiedenis van de waanzin in de zeventiende en achttiende eeuw* (Meppel 1975).
- 65 D. Cooper, *Psychiatrie en anti-psychiatrie* (1968).
- 66 M.v.D., 'Ziekte als revolutionaire factor', *De Groene Amsterdammer* 8 januari 1972; F. W. Kersting, 'Between the National Socialist "Euthanasia programme" and reform: asylum psychiatry in West Germany, 1940-1970', ongepubliceerd paper voor de internationale workshop *Cultures of psychiatry and mental health care in the twentieth century: comparisons and approaches*, Amsterdam 18-20 september 2003, 28. Zie voor meer informatie over het SPK ook: F. W. Kersting (red.), *Psychiatriereform als Gesellschaftsreform. Die Hypothek des Nationalsozialismus und der Aufbruch der sechziger Jahre* (Paderborn 2003).
- 67 Op het hoogtepunt van het SPK bestond dit collectief uit zo'n vijfhonderd leden. Kersting, 'Between Euthanasia and reform', 27.
- 68 SPK, *Aus der Krankheit ein Waffen machen* (München 1972) 80. De vertaling van dit en volgende citaten uit dit pamflet is van G. Blok.
- 69 Een storm van protest tegen de psychiatrische inrichtingen kwam in dit land op gang na de publicatie in 1969 van het boek *Irrenhäuser. Kranke klagen an* ('Krankzinnigengestichten. Gekken klagen aan'), dat was geschreven door Frank Fischer. In navolging van Goffman had Fischer, van huis uit historicus, enige tijd gewerkt als verpleeghulp in een psychiatrisch ziekenhuis, met als doel om de gang van zaken daar te observeren. Zijn boek werd het startschot voor een breed gedragen verkettering van de Duitse klinische psychiatrie, die sterk gekleurd was door de associatie met de verschrikkingen van de nazi-tijd. F.W. Kersting, 'Between Euthanasia and reform', 25. Eerder trok overigens ook Szasz een parallel tussen het psychiatrisch diagnosticeren van mensen en de stigmatisering, uitsluiting en vernietiging van joden. T. Szasz, *Ideologie en waanzin. Wat wil de psychiatrie?* (Bilthoven 1972; vert. van *Ideology and insanity*, 1970) 58-79.
- 70 Naar schatting zijn 70.000 mensen vermoord in de gaskamers die in enkele inrichtingen waren gebouwd. De rest stierf van de honger. Kersting, 'Between Euthanasia and reform', 7.
- 71 Citaat afkomstig uit J. Glatzel, *Die Anti-psychiatrie*, 3 (Stuttgart 1975). Vertaling citaat door G. Blok.
- 72 Boeken over het nazi-euthanasieprogramma voor geesteszieken lagen ter inzage in de kliniek en maakten diepe indruk op veel cliënten. Zie: Kersting, 'Between Euthanasia and reform', 28.
- 73 SPK, *Aus der Krankheit*, 12.
- 74 Hierbij werden 310 politiemensen ingezet, plus honden, machinepistolen en helikopters. Zie: J. Vroemen, 'Inval maakte eind aan stuk psychiatrische vernieuwing in Duitsland', in: C. Trimmbos (red.), *Dat wordt me te gek. De psychiatrie kritisch bekeken. Artikelen en interviews uit weekblad De Nieuwe Linie* (Amsterdam 1972) 99-109, aldaar 101.
- 75 Kotowicz, *Laing and the paths of anti-psychiatry*, 79. Zie ook: A. de Jong, 'Het drama van het socialistisch patiënten collectief. In gesprek met psychiater Sjeff Teuns (46)', *TMW* (datum onbekend, 1973), en M. Ruyter, 'Klassenstrijd van zieken begonnen', *de Volkskrant* 10 november 1972. De harde repressie van het SPK had waarschijnlijk enerzijds te maken met het feit dat Duitsland in de jaren zeventig werd geteisterd door het terrorisme van de Rote Armee Fraktion (RAF). Anderzijds is bekend dat een dozijn SPK-ers zich na 1971 aansloot bij de RAF. Zie: Kersting, 'Between Euthanasia and Reform', 27.

- 76 Donnelly, *Politics of mental health*, 62.
- 77 Verder functioneerde in het uitgekede psychiatrische ziekenhuis San Giovanni nog steeds een kleinschalige afdeling voor acute opnames, en was er een crisisdienst actief vanuit een algemeen ziekenhuis in de stad. Donnelly, *Politics of mental health*, 68.
- 78 De ontwikkelingen in Triëst hadden een enorme uitstraling. In diverse Italiaanse steden werden vergelijkbare initiatieven ontplooid, en in 1978 ontwikkelde de Italiaanse regering een geheel nieuwe krankzinnigenwet, de 'Wet 180'. De communistische partij, die ontvankelijk bleek voor de vernieuwingsbeweging in de psychiatrie, speelde eind jaren zeventig een belangrijke rol in de regering. Ook een flink deel van de Italiaanse bevolking stond blijkbaar achter de kritiek op de inrichtingspsychiatrie. In 1977 werden maar liefst 700.000 handtekeningen aangeboden aan de regering, met een verzoek om een referendum aangaande de krankzinnigenwet. 'Wet 180' bepaalde dat psychiatrische hulpverlening in principe alleen nog op vrijwillige basis mocht plaatsvinden. Het 'gevaarscriterium' voor opname was uit de tekst van de wet geheel verdwenen en de psychiatrie werd zodoende ontheven van haar taak om psychisch zieke burgers tegen zichzelf en de samenleving tegen gevaarlijke burgers te beschermen. Het aantal in openbare inrichtingen opgenomen patiënten in Italië was gedaald van 825.000 in 1970 naar 469.000 in 1979, en daalde daarna verder tot 307.000 in 1984. Donnelly, *Politics of mental health*, 71-81.
- 79 Geneeskundige Hoofinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, *Verslag over de jaren 1969 t/m 1974* (Den Haag 1976) 43; M.J. Haveman, 'Nieuwe langverblijvers in psychiatrische ziekenhuizen', *MGV* 35 (1980) 8, 642-655, aldaar 643.
- 80 Van ongeveer één derde van alle 39 psychiatrische ziekenhuizen die hier in de jaren zeventig bestonden, bestaat inmiddels een geschiedschrijving die ook de jaren zeventig beslaat, te weten: C.Th. Bakker, G. Blok en J. Vijselaar, *Delta: negentig jaar psychiatrie aan de Oude Maas* (Utrecht 1999); C.Th. Bakker en L. de Goei, *Een bron van zorg en goede werken. Geschiedenis van de geestelijke gezondheidszorg in Noord-Holland-Noord* (Amsterdam 2002); H. Binneveld en R. Wolf, *Een huis met vele woningen. Honderd jaar katholieke psychiatrie, Voorburg 1885-1985* (Den Bosch 1985); G. Blok en J. Vijselaar, *Terug naar Endegeest. Patiënten en hun behandeling in psychiatrisch ziekenhuis Endegeest 1894-1994* (Nijmegen 1998); G. Blok en J. Vijselaar (red.), *De weg van Welterhof. 25 jaar psychiatrie in Oostelijk Zuid-Limburg* (Utrecht 1999); J. Dankers en J. v.d. Linden, *Van regenten en patiënten. De geschiedenis van de Willem Arntsz Stichting: Huis en Hoeve, Van der Hoeven kliniek en Dennendal* (Amsterdam 1996); J.J.A.M. Gorisse, *Van idealen en mensenwerk. Van Zeeuwse inrichting tot West-Brabants psychiatrisch ziekenhuis, Vrederust 1904-1997* (Halsteren 1997); Hogenstijn, *Sf. Elisabeths gasthuis en Brinkgreven*; G. Huiskens en R. v.d. Kroef, *Van Rooms tot Rome. Van Sint Franciscushof naar Zwolse Poort (1952-2002)* (Zwolle 2003); G. Hutschemaekers en C. Hrachovec, *Heer en heemeesters. Negentig jaar zorg voor zenuwlijders in het Christelijk Sanatorium te Zeist* (Nijmegen 1993); A. Klijn, *De therapeutische beloften van een gebouw. Het Psycho-Medisch Streekcentrum Vijverdal 1972-2006*. (Dit is een voorlopige werktitel voor Klijns gedenkboek over Vijverdal); J. Slangen, *Van Koningsplein naar Lazaruskap. Fragmenten uit de geschiedenis van psychiatrisch centrum Joris te Delft* (Delft 1994); J. Vijselaar (red.), *Gesticht in de duinen. De geschiedenis van de provinciale psychiatrische ziekenhuizen van Noord-Holland van 1849 tot 1994* (Hilversum 1997); Vijselaar (red.), *Over de IJssel, over de schreef*. Een grondig overzicht van de bestaande historiografie van de Nederlandse klinische psychiatrie is overigens te vinden in: M. Gijswijt-Hofstra en H. Oosterhuis, 'Psychiatrische geschiedenissen', *Bijdragen en Mededelingen betreffende de Geschiedenis der Nederlanden* 116 (2001) 162-197.
- 81 B. Boersma, G. van Florestein, R. Muller en J. Prins, *Conolly 1969-1976. Ervaringen met systeem theoretische en gezins therapeutische behandeling in een intramurale situatie* (Deventer 1977).
- 82 In de oorspronkelijke planning van dit onderzoek zou de rol van de media meer aandacht krijgen; in de loop van de tijd ontstond echter het besef dat de beeldvorming over de klinische psychiatrie in de media, theater, films en literatuur een apart promotie-onderzoek zou vergen, dat het ook zeker waard is. In dit boek wordt hiertoe een bescheiden aanzet gegeven. Zo is een drietal journalisten die in de jaren zeventig opvallend veel schreven over de psychiatrie geïnterviewd, namelijk Arend-Jan Heerma van Voss, Emmy van Overeem en Ferd. Rondagh.
- 83 Ze waren aanwezig in het archief van het Filmmuseum te Amsterdam.
- 84 Fox e.a., *Psychiatrische tegenbeweging*; Haafkens, 'Mental health care and the oppositional movement'; Heerma van Voss, 'Geschiedenis van de gekkenbeweging'; Kersbergen, 'Van in-

richtingsbed naar de stoel van beleidsmaker'; R. v.d. Kroef/Historisch Onderzoeksburo Histodata, *25 jaar en nog steeds geen normaal mens ontmoet. Pandora, psychiatrie en beeldvorming* (Baarn 1990).

2 De ziekmakende samenleving

- 1 Hansmaarten Tromp, "Opeens wist ik wat schizofrenie was." Ramses Shaffy over Het Kind in de Zon (sic)', *De Tijd* 7 maart 1975.
- 2 J. Foudraïne, *Wie is van hout... een gang door de psychiatrie* (31ste druk, Baarn 1980) 450-451.
- 3 E. van Overeem, 'Niemandland', in: E. van Overeem, *Door ongemaaid gras* (Amsterdam 1987) 105-109.
- 4 S. Sontag, *Ziekte als metafoor* (Baarn 1993; vert. van *Illness as a metaphor*, 1977).
- 5 Voor de verkoop van de boeken van Laing, zie de Inleiding. De vertalingen van de boeken van David Cooper verschenen net als die van Laing bij uitgeverij Boom te Meppel: *Psychiatrie en anti-psychiatrie*, 1970 (vierde druk in 1977); *Rede en geweld* (samen met Laing), 1970 (tweede druk in 1973); *Einde van het gezin*, 1972 (tweede druk in 1973). Van Thomas Szasz verschenen in vertaling *De waan van de waanzin. De psychiatrie als voortzetting van de Inquisitie* (eerste druk 1972; vertaling van *The manufacture of madness. A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement*, New York 1970); *Geestesziekte als mythe* (vertaling van *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct*, New York 1961).
- 6 A.J. Heerma van Voss, 'De geschiedenis van de gekkenbeweging. Belangenbehartiging en beeldvorming voor en door psychiatrische patiënten (1965-1978)', *MGV* 33 (1978) 398-428, aldaar 421.
- 7 J. Koelemeijer, *Het zwijgen van Maria Zachea. Een ware familiegeschiedenis* (Zutphen 2001) 193.
- 8 J. Dankers en J. v.d. Linden, *Van regenten en patiënten. De geschiedenis van de Willem Arntsz Stichting: Huis en Hoeve, Van der Hoeven Kliniek en Dennendal* (Amsterdam 1996) 85.
- 9 R. v.d. Kroef/Historisch Onderzoeksburo Histodata, *25 jaar en nog steeds geen normaal mens ontmoet. Pandora, geschiedenis en beeldvorming* (Baarn 1990) 29-30.
- 10 E. Vanvugt, *Kind van rock & roll. Mijn leven als jonge aap* (Amsterdam 1992) 138.
- 11 Laing, *Strategie van de ervaring*, 40.
- 12 Ibidem, 17.
- 13 S. Vinkenoog in *Witte krant/de papieren tijger* nummer 5 pagina 3; waarschijnlijk is dit nummer uit 1967, maar er staat geen jaartal op.
- 14 J. C. Kennedy, *Nieuw Babylon in aanbouw. Nederland in de jaren zestig* (Amsterdam 1995) 133.
- 15 C. Tasman, *Louter Kabouter. Kroniek van een beweging, 1969-1974* (Amsterdam 1996) 279-284.
- 16 Zie bv. H. Bogers, S. Snelers en H. Plomp, *De psychedelische (r)evolutie. Geschiedenis en recente ontwikkelingen in het onderzoek naar veranderde bewustzijnsstaten* (Amsterdam 1994); S. Snelers, *LSD-therapie in Nederland* (Amsterdam 2000).
- 17 In het alternatieve adolescentencentrum De Laurier bijvoorbeeld waren kalmeringsmiddelen of methadon taboe. Dit centrum was eind jaren zestig opgericht door een geregelde bezoeker van het culturele centrum Fantasio in Amsterdam. Daar ontstond eind jaren zestig behoefte aan opvang voor jongeren met drugsproblemen. Een 'flip-telefoon' en een ambulante 'flip-team' kwamen van de grond. De opvang van jongeren in de Laurier, een voormalige Amsterdamse jeugdherberg, kenmerkte zich door een niet-medische benadering. Wel kwam eenmaal per week een handelaar met cannabis-producten langs.
- 18 *Gekkenkrant* 1 (november 1973) nr. 1, II.
- 19 E. Tonkens, *Het zelfontplooiingsregime. De actualiteit van Dennendal en de jaren zestig* (Amsterdam 1999) 104-123.
- 20 Tonkens, *Zelfontplooiingsregime*, 179.
- 21 Heerma van Voss geciteerd in ibidem, 142.
- 22 Een journalist van de *Nieuwe Linie*, geciteerd in J. Jansen van Galen, *Het ik-tijdperk. HP special* (Utrecht 1979) 9.
- 23 Citaat van Bartho Smit, voormalig staflid van Dennendal, geciteerd in Tonkens, *Zelfontplooiingsregime*, 105.

- 24 Heerma van Voss, 'Geschiedenis van de gekkenbeweging', 410. In totaal waren in Heidelberg 1300 sympathisanten aanwezig uit Duitsland en andere landen.
- 25 Ibidem, 409.
- 26 Teuns geciteerd in ibidem, 411. Teuns was zelf in 1969 ontslagen als directeur van het Leidse Medisch Opvoedkundig Bureau (MOB), onder meer wegens conflicten met de Leidse universiteit over de kinderspsychiatrische opleiding, en ook wegens behandelinhoudelijke conflicten. Teuns wilde de ouders van zijn cliëntjes bv. meer bij de behandeling betrekken. In de media stond hij te boek als heldhaftig strijder tegen het medisch model, die zijn strijd duur had moeten bekopen. Zie over deze 'MOB-affaire': J. Vijselaar, 'Zonder Curium: het Medisch Opvoedkundig Bureau als spil van de Leidse kinderspsychiatrie en kinderspsychotherapie, 1962-1969', in: L. de Goei, S. van 't Hof en G. Hutschemaekers (red.), *Curium 1955-1995. Bladzijden uit de geschiedenis van de Nederlandse kinder- en jeugdpsychiatrie* (Utrecht 1995) 101-127.
- 27 IISG, Archief *Gekkenbeweging. Collectie 1970-1983* Doos 1, UBA/CSD VRZ 011.2, map 'Bond voor Wetenschappelijke Arbeiders', daarin: Z.a., *Relaas* 4, 3 augustus 1973. Redactieleden van de *Gekkenkrant* vergeleken de organisatiestructuur in psychiatrische ziekenhuizen met die in concentratiekampen. Zie: J. Zander, 'Gesprek met de makers van "De Gekkenkrant"', *De Groene Amsterdammer* 28 augustus 1974, 17.
- 28 H. de Kler en I. v.d. Zande, *Alternatieve hulpverlening. Teksten en kritiek* (Amsterdam 1978) 23-27.
- 29 J. v.d. Wetering de Rooij, 'De moeilijke weg naar een kongres', *MGV* 35 (1970) 468-470; en: persoonlijk archief psychiater F. Polak te Amsterdam, W.F. Gerardts (red.), *Té gek om los te lopen. Eenmalige krant voor het seminar 'Té gek om los te lopen'* (Utrecht 1970).
- 30 V.d. Wetering de Rooij, 'De weg naar een kongres', 469.
- 31 J. v.d. Wetering de Rooij, 'Confidentialia', *MGV* 35 (1970) 563-565.
- 32 C.J.B.J. Trimbos, 'Enige korte reflecties', *MGV* 26 (1971) 16-18.
- 33 Deze term had de socioloog Milikowski in 1971 geïntroduceerd. H. Milikowski, 'Daarom wil ik pleiten voor verzetstherapie', in: C. Trimbos (red.), *Dat wordt me te gek. De psychiatrie kritisch bekeken* (Amsterdam 1972) 202-206.
- 34 IISG, archief *Gekkenbeweging. Collectie 1970-1983*, nr. 1. CSD. Doos 1 (UBA/CSD VRZ 011.2), map 'Bond voor wetenschappelijke arbeiders', Solidariteitscomité SPK, daarin: A. Vreeman, 'Rondzendsel 8 december 1972'.
- 35 IISG, archief *Alternatieve hulpverlening, 1971-1981*, Doos 1 map 2, 'Documentatie Release'.
- 36 D. Arendshorst, 'Het failliet van de alternatieve hulpverlening', *De Groene Amsterdammer* 5 februari 1972.
- 37 IISG, Archief *Simen de Jong 1965-1977*, CSD VRZ. Doos 11.1 Map 1, 'Congres "Verzet als hulp", april 1973 te Elst'.
- 38 B. Fox e.a., *Psychiatrische tegenbeweging in Nederland* (Amsterdam 1983) 50. Solidariteit met het SPK werd onder meer betuigd door *Release Nederland*, het JAC in Amsterdam, de Bond voor Wetenschappelijke Arbeiders, de Kritische Artsen, de Bond voor Vrijheidsrechten, de Werkgroep Kritische Psychiatrie Nijmegen, de Werkgroep Volksgezondheid PSP, de Psychologenbond Nijmegen, het Patiëntenkollektief Rotterdam, het Krisiscentrum wg Amsterdam, en de Stichting Streetcornerwork. Zie: IISG, archief *Gekkenbeweging. Collectie 1970-1983*, nr. 1. CSD. Doos 1 (UBA/CSD VRZ 011.2), map 'Bond voor wetenschappelijke arbeiders', Solidariteitscomité SPK.
- 39 Fox, *Psychiatrische tegenbeweging*, 52-53. In 1973 nam het Solidariteitscomité SPK initiatief tot oprichting van het Psychiatrie Kollektief Utrecht (PKU), een 'socialistische strijdorganisatie op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg' bestaand uit (ex-)patiënten, verpleegkundigen en studenten.
- 40 M. van Schayk, *Hallo medemens! De geschiedenis van Het Werkteater* (Amsterdam 2001) 59-65 en 108-110. *Toestanden* kwam in de loop van een 'werkperiode' in 1972 en 1973 tot stand, via voorstellingen in diverse theaters en psychiatrische ziekenhuizen. De beschrijving die hier wordt gegeven van de inhoud van *Toestanden* is gebaseerd op de gelijknamige film die in 1975 van de voorstelling is gemaakt door Thijs Chanowski.
- 41 A.v.I. 'Family Life', *Utrechts Nieuwsblad* 9 maart 1973.
- 42 P. Brusse, 'Makers van *Family Life*: psychiaters te vaak ziele-politie', *de Volkskrant* 8 september 1972.

- 43 Z.a., 'Demonstratie psychiatrische patiënten nu in discussie', *Elsevier* 2 december 1972.
- 44 C. Bleeker, 'Patiëntendemonstraties in de psychiatrie', *MGV* 29 (1974) 270-271.
- 45 F. van Ree, 'Patiëntendemonstraties', *MGV* 29 (1974) 152-154.
- 46 De film was gemaakt door regisseur René van Nie in samenwerking met Stichting Pandora, een Amsterdamse organisatie die zich sinds 1964 bezighoudt met het geven van publieksvoorlichting over de geestelijke volksgezondheid. Het verhaal van *Kind van de zon* was gebaseerd op de werkelijke ervaringen van een vrijwilligster van Stichting Pandora.
- 47 Het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne verleende een subsidie van 60.000 gulden. Zie: Archief Stichting Pandora, doos P 1, 'Correspondentie ministeries, 1971-1976'; daarin een brief van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne aan Pandora, 7 september 1977.
- 48 H. v.d. Meyden, 'Kind van de zon ontroerde vorstin', *De Telegraaf* 25 februari 1975.
- 49 Zie: Archief Stichting Pandora, Doos J 1, 'Correspondentie m.b.t. *Kind van de zon*', daarin een brief van Pandora aan de leden van de begeleidingscommissie van de film, 13 juni 1975, en een brief van Pandora aan de geneesheer-directeuren van Nederlandse psychiatrische ziekenhuizen, 12 februari 1975.
- 50 *Gekkenkrant* 1 (juni 1974) nr. 4, 3.
- 51 *Gekkenkrant* 1 (november 1973) nr. 1, II.
- 52 Interview G. Blok met F. Schrameijer, 8 juni 2000.
- 53 *Gekkenkrant* 1 (november 1973) nr. 1, 3.
- 54 IISG, Archief *Simen de Jong, 1965-1977*. Map 18.3, 'Stukken betreffende het SCIA, 1970-1972'.
- 55 Milikowski geciteerd in I. de Haan, *Na de ondergang. De herinnering aan de Jodenvervolgning in Nederland 1945-1995* (Amsterdam 1997) 144.
- 56 V.d. Post geciteerd in Z.a., 'Iedereen is een beetje "Kind van de Zon"', *Nieuwe Revu* 25 april 1975.
- 57 D. Damsma, *Familieband. Geschiedenis van het gezin in Nederland* (Utrecht 1999) 168.
- 58 K. Schuyt en E. Taverne, 1950. *Welvaart in zwart-wit* (Den Haag 2000) 233. Verder daalde het geboortecijfer sterk, van twintig kinderen per 1000 inwoners in 1965 naar dertien in 1975.
- 59 P. de Rooy, *Republiek van rivaliteiten. Nederland sinds 1813* (Amsterdam 2002) 249.
- 60 De Rooy, *Republiek van rivaliteiten*, 238-239.
- 61 J. Kloek en K. Tilmans (red.), *Burger. Een geschiedenis van het begrip 'burger' in de Nederlanden van de middeleeuwen tot de 21ste eeuw* (Amsterdam 2002) 342-343.
- 62 C. Brinkgreve en M. Korzec, *'Margriet weet raad': gevoel, gedrag, moraal in Nederland 1938-1978* (Utrecht 1978).
- 63 R. Inglehart, *Modernization and postmodernization. Cultural, economic, and political change in 43 societies* (New Jersey 1997) 140.
- 64 P. de Rooy, 'Vetkuijfe waarheen? Jongeren in Nederland in de jaren vijftig en zestig', *Bijdragen en Mededelingen betreffende de Nederlandse geschiedenis* 101 (1986) 76-94.
- 65 J. v.d. Bergh e.a., *Verbeter de mensen, verander de wereld. Een verkenning van het welzijnsvraagstuk vanuit de geestelijke gezondheidszorg* (Deventer 1971, tweede druk; eerste druk 1970) 21.
- 66 V.d. Bergh e.a., *Verbeter de mensen*, 9.
- 67 De term 'welzijnsrevolutie' is afkomstig van psychiater Jacques Weijel, één van de auteurs van het Wiardi Beckman-rapport. Hij definieerde een welzijnsrevolutie als een wens om 'voor meer mensen meer mogelijkheden tot levensvoldoening te scheppen'. Twee elementen zouden volgens hem centraal moeten staan in een welzijnsrevolutie: zelfontplooiing van het individu en 'optimale gemeenschapsrelaties'. Zie: J. A. Weijel, *De mensen hebben geen leven. Een psychosociale studie* (Haarlem 1971) 141, 12, 135.
- 68 Van den Bergh e.a., *Verbeter de mensen*, 15.
- 69 Het begrip broederschap in deze betekenis van tolerantie, respect en emotionele openheid tussen mensen is door diverse historici eerder gebruikt. Zie: M. Gijswijt-Hofstra, 'Een schijn van verdraagzaamheid. Proeven uit vijf eeuwen Nederlands verleden', in: M. Gijswijt-Hofstra (red.), *Een schijn van verdraagzaamheid. Afwijking en tolerantie in Nederland van de zestiende eeuw tot heden* (Hilversum 1989) 9-41, aldaar 26; en J. Vijselaar, 'Vrijheid, gelijkheid en broederschap (1965-1985)', in: J. Vijselaar (red.), *Gesticht in de duinen. De geschiedenis van de provinciale psychiatrische ziekenhuizen van Noord-Holland van 1849 tot 1994* (Hilversum 1997) 192-238, aldaar 202.

- 70 Vrijwel alle boeken van Fromm werden in de jaren vijftig al in het Nederlands vertaald, maar ze raakten pas eind jaren zestig in trek bij een breed publiek. Van *De gezonde samenleving. Psychopathologie van democratie en kapitalisme* (Utrecht 1958; vertaling van *The sane society*, oorspronkelijke uitgave 1955) verscheen de tweede druk in 1969, de vijfde in 1973, en de zevende in 1977. Van *Angst voor de vrijheid. De vlucht in autoritarisme, destructivisme, conformisme* (Utrecht 1953; vertaling van *Escape from freedom*, oorspronkelijke uitgave 1941) verscheen de vierde druk in 1969, en de negende in 1976. Van *De zelfstandige mens. Sociale karakterologie en psychologie der ethiek* (Utrecht 1955; vertaling van *Man for himself*, oorspronkelijke uitgave 1947) verscheen de tweede druk in 1966, en de zesde in 1973. Populaire boeken van Rogers waren: *Individueel. Over encounter-groepen* (Den Haag 1971; vertaling van *Carl Rogers on encountergroups*, 1970). Het was in 1973 toe aan de vierde druk. Een ander boek van Rogers, *Intermenselijk. Problemen van het menszijn; een nieuwe tendens in de psychologie* (Den Haag 1972, vertaling van *Person to person*, 1967) beleefde tussen 1972 en 1977 vijf drukken.
- 71 R.D. Laing, *Toestanden* (Meppel 1970) 2.
- 72 IISG, *Archief Alternatieve hulpverlening, 1971-1981*, map 2, 'Documentatie Release'. Daarin: *Jaarverslag Release Amsterdam 1970-1972*.
- 73 F. Schrameijer, 'Deinstitutionalisation of psychiatry in the Netherlands: or Rosencrantz and Guildenstern in mental health', unpublished paper for the Anglo-Dutch-German Workshop *Social psychiatry and ambulant care in the 20th century*, 4-6 juli 2002, 5.
- 74 S. Pleij, "'Nee, geen tuinbroek!'", *De Groene Amsterdammer* 18 juni 1997. Leden van de praatgroep waren o.a. Geert Mak, Bert Bakker, Flip Schrameijer en de schrijver Nicolaas Matsier.
- 75 Bakker, geciteerd in Heerma van Voss, 'Geschiedenis van de gekkenbeweging', 422.
- 76 Interview G. Blok met H. Goudswaard, 2 juli 2003.
- 77 B. Bos en A. de Jong, "'De revolutie gaat sneller als hij langzamer gaat'. Interview met Jacques Weijel', in: Trimbos, *Dat wordt me te gek*, 119-130, aldaar 124.
- 78 Szasz, *Myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct* (New York 1961), 30.
- 79 Fromm, *Angst voor vrijheid*, 86.
- 80 Ibidem, 187.
- 81 Fromm, *Gezonde samenleving*, 271.
- 82 M. James en D. Jongeward, *Wie waagt die wint. Transactionele analyse met gestalt experimenten* (Amsterdam 1974; vertaling van *Born to win*, 1971). De Nederlandse vertaling was in 1980 toe aan zijn vierde druk.
- 83 James en Jongeward, *Wie waagt die wint*, 2.
- 84 J. C. Kennedy, *Een weloverwogen dood. Euthanasie in Nederland* (Amsterdam 2002) 83-89.
- 85 Zie hierover onder meer: C. Wouters, *Van minnen en sterven. Veranderende omgangsvormen rond seksualiteit en dood in de twintigste eeuw* (Amsterdam 1990).
- 86 Foudraine, *Wie is van hout*, 108-109.
- 87 *Gekkenkrant* 1 (juni 1974) nr. 4, 3.
- 88 IISG, *Archief Gekkenbeweging. Collectie 1970-1983*, nr. 1.CSD. Doos 4 (UBA/CSD VRZ 011.1), Map 'Belangenorganisaties/patiëntenorg.', daarin: M. Groen en G. Mak, 'Voorstellen voor de *Gekkenkrant*'.
- 89 *Gekkenkrant* 1 (december 1974) nr. 7, 16.
- 90 Ibidem, 11.
- 91 Ibidem, 20.
- 92 Ibidem, 19.
- 93 Ibidem, 20.
- 94 E. Tellegen, *Waar was de dood nog meer... autografie van een psychose* (Bilthoven 1971).
- 95 B. Bos, 'Lector Egbert Tellegen: Die psychiatrische behandeling was een hersenspoeling', *De Nieuwe Linie* 3 september 1971; 'Weggesneden herinneringen aan een psychiatrisch verleden. Egbert Tellegen schreef geen boek, hij vond het', *Vrij Nederland* 2 oktober 1971.
- 96 Tellegen, *Waar was de dood*, 188/189.
- 97 Tellegen geciteerd in Heerma van Voss, 'Geschiedenis van de gekkenbeweging', 408.
- 98 Ibidem, 246.
- 99 Voor een geschiedenis van de psychiatrie aan de hand van ego-documenten van patiënten, zie o.a.: G. Blok, 'De stem van de kritische patiënt. De geschiedenis van de psychiatrie in ego-documenten', *Psy. Tijdschrift over de geestelijke gezondheidszorg* 4 (19 oktober 2000) 37-39; J.L. Gel-

- ler en M. Harris, *Women of the asylum. Voices from behind the walls, 1840-1945* (New York 1994); B. Kaplan (red.), *The inner world of mental illness. A series of first-person accounts of what it was like* (New York 1964); F. Parabirsing, 'De opkomst van de mondige patiënt', *Deviant* 10 (september 2003) nr. 38, 12-17; D. Peterson, *A mad people's history of madness* (Pittsburgh 1982); R. Porter, *De zin van de waanzin. Een sociale geschiedenis* (Amsterdam/Antwerpen, 1991; vertaling van *A social history of madness*, 1987).
- 100 Parabirsing, 'Opkomst van de mondige patiënt'.
- 101 Volgens publicist Rudy Kousbroek zou een heel oeuvre van het niveau van het titelverhaal een Nobelprijs waard zijn. Kousbroek in: K. van Weringh (red.), *Jan Arends. Verzameld werk* (Amsterdam 1994) 13.
- 102 Van Weringh, *Jan Arends*, daarin 'Keefman', 25-54, 26.
- 103 Ibidem, 44.
- 104 Ibidem, 39.
- 105 Ibidem, 39.
- 106 C. van Eijk-Osterholt, *Laten ze het maar voelen... Vijftienvintig jaar belangenbehartiging voor een verpleegde* (Amsterdam 1972).
- 107 Heerma van Voss, 'Geschiedenis van de gekkenbeweging', 6.
- 108 Ibidem, 410.
- 109 Foudraïne, *Wie is van hout*, 11.
- 110 W. Woltz, 'Veel gezinnen hebben een rubber muur om zich heen. Vraaggesprek met Jan Foudraïne', *NRC Handelsblad* 24 juli 1971.
- 111 Interview G. Blok met Ferd. Rondagh, 9 oktober 2000.
- 112 N. Noordzij, 'Grandioze kijk op psychiatrie en psychiater', *De Telegraaf* 19 juni 1971.
- 113 Zelfs *De Telegraaf* ging tekeer tegen de burgerlijke samenleving: 'In het doodse voorstadje met eenvormige wooncabines, gladgeschoren kaboutergazons en spiedende vitrages, waar "Jan" onder strikte regels van orde en fatsoen is grootgebracht, wordt elke meer dan middelmatige aanleg en fantasie in de kiem gesmoord.' H. Eetgerink, 'Family Life is een moeie van een film', *De Telegraaf* 28 juli 1972. Zie ook: A.P., 'Family Life', *Het Vrije Volk* 2 mei 1973, en D. Ouwendijk, "'Family Life': de vernieling van het leven van een machteloos meisje', *Nieuwe Linie* juni 1972.
- 114 A.J. Heerma van Voss, 'Jan Foudraïne, vervolgd. Analyse van een bestseller', *Haagse Post* 26 januari 1972.
- 115 J. Fortuin, 'Hoevelen zijn van hout en hoevelen zijn hoger', *De Groene Amsterdammer* 30 oktober 1971.
- 116 C.B. Doolaard, 'Behoudzucht binnen gezin', *Het Parool*, juli 1972 (precieze datum niet bekend).
- 117 J. Blokker, 'Wie is van het houtje', in: J. Blokker, *Ben ik eigenlijk wel links genoeg?* (Amsterdam 1974) 22-24. Oorspronkelijk als column verschenen in *de Volkskrant* op 29 januari 1972.
- 118 Heerma van Voss, 'Jan Foudraïne, vervolgd'.
- 119 A.J. Heerma van Voss, 'Foudraïne als jokkebrok', *Haagse Post* 23 februari 1972, 43. Zie over deze affaire ook: A.J. Heerma van Voss, 'Swami jokkebrok en de weggewaarde pagina', in: A.J. Heerma van Voss, *Verzameld* (Amsterdam 1992) 335-349; dit artikel is oorspronkelijk verschenen in *Propria Cures*, 25 december 1980.
- 120 In 1974 kwam een andere journalist bij toeval Karel tegen, een andere ex-cliënt van Foudraïne (zie de Inleiding van dit boek). Volgens haar was ook Karel 'allesbehalve genezen' – hij was er zelfs 'verschrikkelijk aan toe.' J. v. Emmerik, 'Wie is van goud', *Hollands Maandblad* januari 1974 22-24, aldaar 24. Volgens Emmerik was Karel er bovendien niet blij mee dat zijn verhaal zo uitgebreid te boek stond. Foudraïne had hem wel toestemming gevraagd om over hem te schrijven, maar zou hem de te publiceren passages niet hebben laten zien.
- 121 M. Petri, 'Er is een cliënt in de zaal: enkele gevoelens en gedachten rondom een incident', *MGV* 26 (1971) 12-15.
- 122 A.J. Heerma van Voss en F. Nypels, 'Gek zijn moet goedkoop blijven. Nieuwe psychiatrie botst binnen oude muren', *Haagse Post* 24 november 1971.
- 123 Interview G. Blok met A. J. Heerma van Voss, 12 juli 2000.
- 124 E. van Overeem, 'Inhalen: beter laat dan nooit', uit: E. van Overeem, *Teveel gebeurt er op z'n mans* (Amsterdam 1978) 100-101. Deze column verscheen oorspronkelijk in 1975 in *NRC Handelsblad*.

- 125 Interview G. Blok met E. van Overeem, 18 oktober 2000.
- 126 Pleij, “‘Nee, geen tuinbroek!’”.
- 127 Kennedy, *Een weloverwogen dood*, 19.
- 128 C. Brinkgreve, J.H. Onland en A. de Swaan, *De opkomst van het psychotherapeutisch bedrijf* (Utrecht 1979) 89-90.
- 129 Brinkgreve e.a., *Opkomst psychotherapeutisch bedrijf*, 81.
- 130 Eric Berne's *Mens erger je niet: de psychologie van de intermenselijke verhoudingen* (Den Haag 1967; vertaling van *Games people play, The psychology of human relationships*, 1964) beleefde in 1975 bijvoorbeeld zijn negende druk. Ook de boeken van met name de therapeuten Fromm en Rogers waren hier populair; zie noot 70.
- 131 Jansen van Galen, *Het ik-tijdperk*, 148.
- 132 Laing, *Strategie van de ervaring*, 33.
- 133 Deze film werd in het voorjaar van 1973 uitgezonden door de VPRO.
- 134 Zie hierover onder meer: L. de Goei, *De psychohygiënist. Psychiatrie, cultuurkritiek en de beweging voor geestelijke volksgezondheid in Nederland, 1924-1970* (Nijmegen 2001).
- 135 D. Cooper, *The death of the family* (Londen 1971) 13.
- 136 M. van Beugen, ‘Het gezin: leven in groepsverband’, in: R. Roegholt (red.), *Ik, jij, wij allemaal. Relaties met anderen* (Deventer 1975) 200-221.
- 137 Van Beugen, ‘Het gezin’, 207.
- 138 B.J. Bertina, ‘Communicatie-kloof in beeld gebracht’, *de Volkskrant* 25 februari 1975.
- 139 Foudraïne, *Wie is van hout*, 51.
- 140 Fromm, *Angst voor vrijheid*, 149.
- 141 E. Dolnick, *Madness on the couch. Blaming the victim in the hey-day of psychoanalysis* (New York 1998); P. Roazen, *Freud and his followers* (Harmondsworth 1979) 156-159, 276-279; J. Schwartz, *Cassandra's daughter. A history of psychoanalysis in Europe and America* (Londen 1999) 187.
- 142 C.E. Hartwell, ‘The schizophrenogenic mother concept in American psychiatry’, *Psychiatry: journal of the biology and pathology of interpersonal relations* 59 (1996) 274-297. J. Neill, ‘Whatever became of the schizophrenogenic mother?’, *American Journal of Psychotherapy* 44 (1990) 499-505.
- 143 Dolnick, *Madness on the couch*, 109.
- 144 Over Bateson en de Palo Alto school, zie bv. Dolnick, *Madness on the couch*, 117-123; en J. Malcolm, ‘The one-way mirror’, in: J. Malcolm, *The purloined clinic. Selected writings* (Londen 1996) 177-230.
- 145 D. Burston, *The wing of madness. The life and work of R.D. Laing* (Londen 1996) 45-77.
- 146 R.D. Laing en A. Esterson, *Gezin en waanzin. Een onderzoek naar de gezinsachtergrond van een aantal schizofrenen* (Meppel 1971).
- 147 Laing en Esterson, *Gezin en waanzin*, 80-81.
- 148 Ibidem, 52.
- 149 J. v.d. Lande, *Kind van de zon. Naar aanleiding van de Nederlandse speelfilm van René van Nie* (Haarlem 1976; tweede druk 1977) 28.
- 150 J. Rood, recensie *Kind van de zon* in *Skoop* februari 1975.
- 151 H. Righart, *De eindeloze jaren zestig. Geschiedenis van een generatieconflict* (Amsterdam 1995) 243.
- 152 Citaat afkomstig uit de Nederlandse vertaling van een Engelstalig interview met Zappa, gepubliceerd in de *Witte krant/de papieren tijger* juni 1967 pagina 2. (Om welk nummer het gaat valt niet op te maken.)
- 153 I. Weijers, *Terug naar het behouden huis. Romanschrijvers en wetenschappers in de jaren vijftig* (Amsterdam 1991).
- 154 G. van het Reve, *De avonden. Een winterhaal* (Amsterdam 1947).
- 155 Uitgeverij P. v.d. Velden, *Twen/Taboe* (Integrale heruitgave van deze jongerenbladen, Amsterdam 1981) 32-36.
- 156 Het aantal studenten steeg van 40.000 in 1960 tot 103.000 in 1970. Zie: De Goei, *Psychohygiënist*, 267.
- 157 A. Ribberink, *Leidsvrouwen en zaakwaarnemers. Een geschiedenis van de aktiegroep Man Vrouw Maatschappij (MVM) 1968-1973* (Hilversum 1998) 33-34.
- 158 Ribberink, *Leidsvrouwen en zaakwaarnemers*, 36.

159 Ibidem, 36.

160 Zo schreef Foudraine: 'De psychiatrische inrichting in haar huidige vorm is een volstrekt onhoudbare organisatie. Ze is een historisch anachronisme.' Hijzelf pleitte voor kleine 'psychotherapeutische centra' en 'community treatment'. Foudraine, *Wie is van hout*, 441-446

3 Vluchten of veranderen

- 1 Interview G. Blok met A. Mars, 29 mei 2001. Alle verdere citaten van Mars in dit hoofdstuk zijn afkomstig uit dit interview.
- 2 In 1982 kwam ook fysiek een einde aan het paviljoen, dat in dat jaar gesloopt werd.
- 3 Zie bv. W. de Bruijn-Jansen Klomp en G. Steensma-Nijboer, *Conolly '75-'75. Een onderzoek naar de ervaringen van mensen die in een psychiatrisch ziekenhuis behandeld zijn volgens de inzichten van de systeem- en communicatietheorie* (Deventer 1978), daarin: 'De geschiedenis van Conolly', 13-14.
- 4 S. Snelders, *LSD-therapie in Nederland. De experimenteel-psychiatrische behandeling van J. Bastiaans, G.W. Arendsen Hein en C.H. van Rhijn* (Amsterdam 2000) 112.
- 5 Snelders, *LSD-therapie in Nederland*, 114-115.
- 6 P. Koopman, *Geschiedenis van de psychiatrische verpleging 1958-1997: de periode van 'John Belt'* (Deventer 1997) 17.
- 7 C.H. van Rhijn, 'Beschouwingen over de factoren, die het resultaat van de kuren met tranquilizers bepalen', *Voordrachtenreeks* 2 (1960) 18-33, aldaar 23.
- 8 Van Rhijn, 'Beschouwingen over factoren', 20.
- 9 Interview G. Blok met H. van der Woude, 24 januari 2001. Verpleegkundige John Getkate, die begin jaren zestig in Brinkgreven werkte, bevestigde de stelling van Van der Woude dat al in de jaren zestig de uniformen uitgingen op Conolly, in: I. van der Padt, *Hoopvol bezorgd. Sociaal psychiatrische verpleegkunde van de 20ste naar de 21ste eeuw* (Eindhoven 1999) 23.
- 10 Van der Woude geciteerd in Koopman, *Geschiedenis van de psychiatrische verpleging*, 18.
- 11 Digitalis (of vingerhoedskruid) is een plant waarvan een hartmedicijn wordt gemaakt.
- 12 Interview G. Blok met G. Kienhorst en H. Weidema, 31 januari 2001.
- 13 Interview G. Blok met B. Boersma, 10 maart 2000. Tenzij anders vermeld, zijn alle verdere citaten in dit hoofdstuk van Boersma afkomstig uit dit gesprek.
- 14 Ibidem, 35.
- 15 Voor haar komst naar Conolly had Muller op Brinkgreven onder meer onderwijs gegeven aan gediplomeerde verpleegkundigen, over 'psychologie en menselijke relaties'.
- 16 P. Bierenbroodspot, *De therapeutische gemeenschap en het traditionele ziekenhuis* (Meppel 1969); E. Dekker, *De psychiatrische inrichting als therapeutisch milieu* (Lochem 1968). Dit is een overdruk van een gelijknamig artikel van Dekker uit *Het Ziekenhuiswezen* 41 (1968) 322-337.
- 17 A.S. Neill, *Summerhill. Theorie en praktijk van de anti-autoritaire opvoeding* (Utrecht 1972); B. Segefjord, *Summerhill-school. Een onderwijzer bezocht A.S. Neill's beroemde school met zijn anti-autoritaire leer- en opvoedingsmethoden* (Baarn 1971).
- 18 Neill, *Summerhill*, 34.
- 19 Z.a., 'Prins van dichtbij', *Het Vraagteken* 17 (1978) nr.1, 1.
- 20 Archief voormalige ministerie van CRM, aanwezig in het archief van het huidige ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws), map 874, daarin: Lijst van deelnemers aan de training Gezinstherapeuten van 21 augustus t/m 8 november 1967.
- 21 Het werd gehouden in Amersfoort. Het optimisme tijdens dit seminar was groot. Hier presenteerde zich niet slechts een nieuwe therapievorm, maar een heel nieuwe kijk op psychische problemen, zelfs op de wereld. 'Gezinstherapie', aldus Bell, 'is een hele andere manier om naar de wereld te kijken'. Bell geciteerd in Z.a., 'Gezinsdiagnose en gezinstherapie', *Tijdschrift voor Maatschappelijk Werk (TMW)* 19 (1965) 345-346, aldaar 345. Vertaling citaat G. Blok.
- 22 De Nederlandse psychiater Zuithoff, psychiatrisch adviseur bij het ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk, had Laing hierover horen spreken op een congres in Londen en nodigde hem vervolgens uit naar Nederland te komen. P.J. Ferguson, 'Wij bedrijven een soort middenstandspsychiatrie. Gesprek met prof. D. Zuithoff', in: P. J. Ferguson, *Gedachten-*

- lezen. *Gesprekken over psychiatrie* (Haren 1989) 61-83.
- 23 R.D. Laing, 'Gezin en enkeling in hun onderlinge verhouding', *TMW* 19 (1965) 359-368.
- 24 Ministerie van vws in Den Haag, aldaar: Archief ministerie CRM, map 889, 'Diversen. Verslag discussiebijeenkomst Amersfoort, 31 mei-5 juni 1965, "Nieuwe wegen in de gezinsbenadering"'.
25 Hij was in 1963 afgestudeerd als zenuwarts en was daarna gaan werken voor de Interkerkelijke Stichting voor Geestelijke Gezondheidszorg in Den Haag. Prins was verbonden aan zowel hun mob als hun Bureau voor Levensmoeilijkheden. Ook verrichtte hij werkzaamheden voor de sociaal-psychiatrische dienst van de provincie Zuid-Holland. Daarnaast had hij een eigen praktijk. Z.a., 'Prins van dichtbij'.
- 26 Boersma e.a., *Conolly 1969-1976*, 9-10.
- 27 Ibidem, 17.
- 28 Ibidem, 21.
- 29 Ibidem, 42.
- 30 Ibidem, 99.
- 31 Ibidem, 38.
- 32 Men las bv. J. Haley, *De machtspolitiek van Jezus Christus* (Amsterdam 1974); J. Haley, *Strategieën in de psychotherapie* (Utrecht 1965); S. Minuchin, *Gezinstherapie* (Utrecht 1973); C. Rogers, *Individueel. Over encountergroepen* (Den Haag 1971); V. Satir, *Gezinstherapie* (Deventer 1969); P. Watzlawick, J. Beavin en D. Jackson, *De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie* (Deventer 1970).
- 33 Watzlawick, Beavin en Jackson, *Pragmatische aspecten*, 68 en 79-80.
- 34 Interview G. Blok met A. Wielhouwer, 31 mei 2001. Alle verdere citaten van Wielhouwer in dit hoofdstuk zijn afkomstig uit dit interview.
- 35 Interview G. Blok met G. Timmermans, 1 juni 2001. Alle verdere citaten van Timmermans in dit hoofdstuk zijn afkomstig uit dit interview.
- 36 Laing verwees in zijn geschriften uit de jaren zestig naar het artikel van Bateson, Jackson, Haley en Weakland over de dubbele boodschap. Diverse auteurs uit het Palo Alto Research Institute verwezen op hun beurt geregeld naar Laing.
- 37 Haley, *Machtspolitiek van Jezus Christus*, 104.
- 38 J. Haley, 'Waarheen met de gezinstherapie?', in: Haley, *Machtspolitiek van Jezus Christus*, 68-100, aldaar 79.
- 39 Satir, *Gezinstherapie*, 109.
- 40 D. Jackson en P. Watzlawick, 'De acute psychose als groei-ervaring', in: D. Jackson (red.), *Therapie, communicatie en verandering. Over dubbele binding, schizofrenie en gezinsrelaties* (Amsterdam 1978) 23-37.
- 41 Boersma e.a., *Conolly 1969-1976*, 60.
- 42 Interview G. Blok met J. Bunt, 11 april 2000. Alle verdere citaten van Bunt in dit hoofdstuk zijn afkomstig uit dit interview.
- 43 Boersma e.a., *Conolly 1969-1976*, 100.
- 44 Ibidem, 2.
- 45 Ibidem, 3.
- 46 Ibidem, 5.
- 47 Ibidem, 6.
- 48 Ibidem, 129.
- 49 P. Spruit, *Stageverslag 'Conolly', periode 1 oktober tot 31 december 1976* (Utrecht 1977) 16.
- 50 Dekker, 'Psychiatrische inrichting als therapeutisch milieu'.
- 51 De arbeidstherapie kwam bovendien ook in het teken te staan van de persoonlijke groei. 'De arbeidstherapieën worden vooral gebruikt', zo observeerde een studente psychologie die in 1975 stage liep op Conolly, 'als ontdekkingsmogelijkheden voor mensen. Iets wat ze nog nooit gedaan hebben nu tóch proberen'. Zie: W. De Bruijn-Jansen Klomp, *Verslag stage Conolly mei 1975-februari 1976* (Z.p., 1976) 26.
- 52 Dossier BC 25.
- 53 Dossier BC 50.
- 54 Dossier BC 10.
- 55 Z.a., 'Vlag in top voor "Boven"? Gekkenkrant over Conolly', *Gekkenkrant* 3 (februari 1976) 14, 6-8.

- 56 Informatie afkomstig uit interview G. Blok met G. Timmermans, 1 juni 2001.
- 57 Dossier BC 42.
- 58 Dossier BC 17.
- 59 De keuze om me bij het trekken van deze steekproef te beperken tot de periode 1969-1979 was een gevolg van het feit dat de dossiers van PZ Brinkgreven niet op jaartal van de eerste opname zijn gearchiveerd, maar op achternaam. Dat maakte het zoeken naar dossiers van mensen die in een specifieke periode op een bepaalde afdeling opgenomen waren tot tamelijk arbeidsintensief werk, waaraan bovendien kosten verbonden waren. De dossiers van PZ Brinkgreven worden namelijk bewaard in een instelling voor archiefbeheer. Het zoeken was een tamelijk kostbare aan gelegenheid, aangezien de dozen door medewerkers van deze instelling uit de opslagplaats moesten worden gehaald en daar weer in teruggezet. Om deze redenen is er niet voor gekozen om ook de jaren zestig of tachtig bij de steekproef te betrekken, of eventueel zelfs andere afdelingen van Brinkgreven om de ontwikkelingen daar te vergelijken met die op Conolly. Praktisch gezien was dat – helaas – niet haalbaar. De steekproef is als volgt getrokken: ik ben begonnen met zoeken in de eerste doos van mensen met een achternaam die met een 'A' begon, en ben vervolgens het alfabet afgelopen tot ik vijftig dossiers had van mensen die tussen 1969 en 1979 voor het eerst werden opgenomen op Conolly, waarbij ik ook heb gelet op een evenwichtige verdeling van deze dossiers over de periode 1969-1979. De dossiers zijn vervolgens geanonimiseerd alvorens ze door mij zijn gelezen en verwerkt.
- 60 Deze schatting is gebaseerd op cijfers die Muller noemt in Boersma e.a., *Conolly 1969-1976*, 29. Daarnaast vormen de nieuwjaarstoespraken van directeur Stein de enige beschikbare cijfermatige bron over PZ Brinkgreven in de jaren zeventig, toen geen jaarverslagen verschenen. Uit deze beide bronnen komt naar voren dat het aantal opnames van mannen per jaar gemiddeld rond de 120 lag.
- 61 Aan de vraag of het in de dossiers uit de steekproef om gedwongen dan wel vrijwillige opnames ging, wordt in dit hoofdstuk overigens geen aandacht besteed; de steekproef was te klein om eventuele verschuivingen in de manier van opname te kunnen signaleren. Bovendien leek er wat betreft de behandeling die opgenomen mensen ontvingen geen kwalitatief verschil te bestaan tussen mensen die gedwongen dan wel vrijwillig waren opgenomen.
- 62 Dossier BC 52.
- 63 Dossier BC 52, 11 december 1974.
- 64 C. Rycroft, *Reich* (Londen 1971).
- 65 Respectievelijk in de dossiers BC 37, BC 48, BC 38 en BC 45.
- 66 Dossier BC 44.
- 67 Niet alleen volgens het huidige Amerikaanse diagnostische systeem de DSM-IV, maar ook volgens de diagnostiek in psychiatrische handboeken die begin jaren zeventig in gebruik waren, zoals in: P. Kuiper, *Hoofdsom der psychiatrie* (Amsterdam 1973).
- 68 Bv. de dossiers BC 32, BC 26 en BC 7.
- 69 Dossier BC 7.
- 70 In de periode 1969 tot en met 1972 werd Largactil nog gebruikt. Later verdween dit middel, althans uit de dossiers in de steekproef, en werd veel gewerkt met de antipsychotica Nozinan, Trilafon en Mutabon, en later ook de depotmedicijnen Orap en Imap. Ook het middel Phenegran (een anti-allergiemedicijn met een sterk sederende werking) werd regelmatig genoemd, evenals de benzodiazepines (tranquillizers) Temesta en Librium. Verder kwam het anti-Parkinsonmedicijn Disipal in de dossiers voor; dat gaf men tegen de bijwerkingen van de antipsychotica. Tot slot werkten de hulpverleners met het slaapmiddel Dalmadorm. De doses waarin mensen deze medicijnen kregen, waren soms niet gering. Zo kwam een keer voor in de dossiers dat een bewoner drie keer vijftig milligram Nozinan ingespoten kreeg. Dossier BC 50. Een bekende cocktail op Conolly bij ernstige onrust was: 50 mg. Phenegran, 50 mg. Nozinan en 100 mg. Luminal.
- 71 Dossier BC 29.
- 72 Boersma e.a., *Conolly 1969-1976*, 21.
- 73 Ibidem, 99-100.
- 74 Informatie afkomstig uit Z.a., 'Vlag in top voor "Boven"?'; College voor Ziekenhuisvoorzieningen, *Inventarisatie 1978 psychiatrische inrichtingen in Nederland* (Utrecht 1979) 71.
- 75 Hij kreeg op dat moment 200 mg. Nozinan, 200 mg. Disipal en 200 mg. Seresta. De medicatie

- werd daarop gehalveerd, en vervolgens veranderd in Disipal en Mutabon.
- 76 Dossier BC 54.
- 77 Dossier BC 24.
- 78 Haley, *Strategieën in de psychotherapie*, 57.
- 79 Dossier BC 50.
- 80 Zij werkten respectievelijk in het Dijkzigt ziekenhuis op de polikliniek psychiatrie, en op het IMP (Instituut voor Medische Psychotherapie) in Rotterdam.
- 81 R. Evers en P. Rijnders, *Paradoxale benadering. Een systematische toepassing vanuit twee modellen* (Alphen a/d Rijn 1982) 131.
- 82 Dossier BC 20.
- 83 Dossier BC 22.
- 84 Dossier BC 42.
- 85 Aanvankelijk 300 mg. Largactil per dag en 400 mg. Melleril; na een maand wordt de Largactil gestopt want de heer voelt zich niet goed, heeft een zwaar gevoel in de benen. De Melleril wordt afgebouwd en na drie maanden ook stopgezet. Er wordt overgeschakeld op drie tabletten Frenactil en 200 mg Disipal.
- 86 Dossier BC 54.
- 87 Boersma e.a., *Conolly 1969-1976*, 29.
- 88 Ibidem, 29. Over de inhoud van de gezins- en relatietherapieën valt alleen indirecte informatie te vinden. De sessies werden niet schriftelijk vastgelegd, maar op geluidsbanden, die niet meer bestaan.
- 89 A. Lange, *Gedragsverandering in gezinnen* (Groningen 1994) 41-44.
- 90 Minuchin, *Gezinstherapie*, 28.
- 91 De Bruijn-Jansen Klomp, *Verslag stage Conolly*, 23.
- 92 Minuchin, *Gezinstherapie*, 200.
- 93 Interview G. Blok met A. van Nispen, 15 juni 2001.
- 94 Een voorbeeld uit een dossier: 'Goedenmorgen. Niet zoo goed geslapen. Ga jij met de hond uit? Doet jij maar ik heb al geloopt ik ben moe. Moet ik nog naar de bank. Dan ga ik maar een klein eindje lopen. Ik zal maar even met de hond uitgaan. Ik ga nu maar even met de tuin bezig. Moeten wij nu eten denk ik he? (dan gaat hij weer op de bank liggen). Ik gaat naar de televisie kijken. En nu moeten wij weer aanstalten maken. Het is weer tijd.' Dossier BC 42.
- 95 Dossier BC 22.
- 96 Interview G. Blok met P. Spruit, 30 oktober 2000.
- 97 Boersma e.a., *Conolly 1969-1976*, 30.
- 98 Dossier BC 32.
- 99 Dossier BC 50.
- 100 Dossier BC 13.
- 101 Psychiater in opleiding Van Florestein schreef daarin over het verloop van de echtpaartherapie: 'Het rommelt rustig door thuis [bij Frits]. Zijn vrouw wilde halve dagen werken; had dit al geregeld met als gevolg dat Frits 's ochtends thuis moest blijven voor de kinderen. Zijn vrouw had dit geregeld zonder overleg en tegen een eerder gemaakte afspraak in. Frits heeft nu zijn grenzen gesteld: als jij zo met me omgaat hoeft 'het' verder niet meer. Vervolgens hebben zij samen een nieuwe afspraak gemaakt. (...) Ik vind het erg goed dat jullie erin geslaagd zijn elkaar op dit punt aan te vullen in plaats van de strijd met elkaar aan te gaan.' De ruzies waren daarna echter niet voorbij.
- 102 Dossier BC 25.
- 103 Zijn diagnose was trouwens opvallend 'traditioneel', namelijk: 'paranoïd hallucinair syndroom bij een hebifreniforme jongeman'.
- 104 Dossier BC 54.
- 105 Zie bv. Haley, *Strategieën in de psychotherapie*, 202-203.
- 106 Dossier BC 51.
- 107 Haley, *Machtspolitiek van Jezus Christus*, 75.
- 108 Ibidem, 76-77.
- 109 Satir, *Gezinstherapie*, 29-30.
- 110 P. Spruit, *Stageverslag Conolly, in kader van bijvak psychopathologie tijdens de studie psychologie* (Utrecht 1976) 20.

- 111 Deze opmerkingen komen resp. uit de dossiers BC 25 en BC 52.
- 112 Dossier BC 17.
- 113 Dossier BC 51.
- 114 Boersma e.a., *Conolly 1969-1976*, 77.
- 115 R.D. Laing, *Het verdeelde zelf* (Meppel 1969) 164.
- 116 P. van de Ven, *Vriend als vijand. Paradoksale therapie* (Nijmegen 1973) 100.
- 117 Dossier BC 22.
- 118 Dossier BC 50.
- 119 Dossier BC 50.
- 120 Dossier BC 20.
- 121 Interview G. Blok met G. van Florestein, 2 maart 2000.
- 122 R.D. Laing, *Strategie van de ervaring* (Meppel 1969) 19.
- 123 Zie over de rol van Watts op Conolly onder meer: De Bruijn-Jansen Klomp en Steensma-Nijboer, *Conolly '74/'75*, 26.
- 124 Via Muller kwamen Van Florestein en Van Nispen ook in contact met esoterische stromingen in de psychotherapie en psychiatrie. Van Florestein leidde rond 2000 een centrum voor alternatieve therapieën en publiceerde o.a.: G. v. Florestein, *Transpersoonlijke psychiatrie. Realiteit in beweging* (Eeserveen 2002).
- 125 Directiearchief Stichting Adhesie, lokatie Brinkgreven, doos 'Algemeen beheer, directie, geneesheer-directeur, 1962-19...', daarin de Nieuwjaarsrede van directeur Stein over 1974.
- 126 Advertenties in diverse media en een oproep op de lokale radio en kabelkrant van Deventer leverden geen reacties op.
- 127 De Bruijn-Jansen Klomp en Steensma-Nijboer, *Conolly '74/'75*.
- 128 Ibidem, 4.
- 129 Citaten afkomstig uit ibidem, ongenummerde Bijlage V.
- 130 Ibidem, 4-5. Van de overige mensen uit de steekproef van 27 was geen respons gekomen op het vragenformulier dat de studentes psychologie hadden rondgestuurd, of de antwoorden werden te onbetrouwbaar geacht, bv. omdat mensen nog steeds ernstig in de war waren.
- 131 Citaten afkomstig uit ibidem, ongenummerde Bijlage V.
- 132 Dossier BC 26.
- 133 Dossier BC 32.
- 134 Dossier BC 12.
- 135 Dossier BC 50.
- 136 Dossier BC 40.
- 137 Interview G. Blok met J. Sollie, 6 juni 2002.
- 138 Boersma was in 1976 vertrokken om de opleiding voor sociaal-psychiatrisch verpleegkundige te gaan volgen. Stein had hem dit idee aan de hand gedaan, want als spv zou Boersma zich geheel aan zijn psychotherapeutische werk kunnen wijden. Tot 1976 was hij immers hoofdverpleegkundige en dat bracht veel organisatorische taken met zich mee.
- 139 Interview G. Blok met J. Koehoorn, 6 november 2000. Tenzij anders vermeld zijn alle verdere citaten van Koehoorn in dit hoofdstuk afkomstig uit dit interview.
- 140 Directiearchief Stichting Adhesie, lokatie Brinkgreven, doos 'Algemeen beheer, directie, geneesheer-directeur, 1962-19...', daarin de Nieuwjaarsrede van directeur Stein over 1973.
- 141 Directiearchief Stichting Adhesie, lokatie Brinkgreven, map 'Problemen met paviljoen Conolly', daarin notulen directievergadering 9 maart 1976.
- 142 Interview G. Blok met P. Hendrickx, 18 december 2000.
- 143 Interview G. Blok met A. van Nispen, 15 juni 2001.
- 144 Directiearchief Stichting Adhesie lokatie Brinkgreven, map 'Problemen met paviljoen Conolly', daarin het rapport van Bambang Oetomo over Conolly, 31 oktober 1974, 7.
- 145 Ibidem 8, 9.
- 146 Directiearchief Stichting Adhesie lokatie Brinkgreven, map 'Problemen met paviljoen Conolly', daarin J. Koehoorn, 'Klachten van het verpleegkundig personeel op Conolly', 27 april 1977.
- 147 De brief was ondertekend door Van der Woude, Bredewold, Jetze Vos, Freek Blokzijl, Bert Hakkenbroek en Marja Eekhuis.
- 148 Boersma e.a., *Conolly 1969-1976*, 28.
- 149 Ibidem, 97.

- 150 Ibidem, 97.
- 151 Directiearchief Stichting Adhesie lokatie Brinkgreven, map 'Problemen met paviljoen Conolly', met daarin de notulen van de directievergadering op 9 maart 1976.
- 152 K. de Leeuw, 'Patiënt bij psychiatrische behandeling betrekken. Rapport opnamepaviljoen Conolly in Deventer', *Trouw* 1976 (precieze datum onbekend, kopie afkomstig uit persoonlijk archief Boersma).
- 153 Directiearchief Stichting Adhesie lokatie Brinkgreven, map 'Problemen met paviljoen Conolly', daarin de brief van prof.dr. C.J.B.J. Trimbos aan dhr. G.W. van Florestein, 8 juli 1976.
- 154 Directiearchief Stichting Adhesie lokatie Brinkgreven, map 'Problemen met paviljoen Conolly', daarin de brief van Riet Muller aan de wetenschappelijke staf, 21 mei 1977.
- 155 Directiearchief Stichting Adhesie lokatie Brinkgreven, map 'Problemen met paviljoen Conolly', daarin de brief van B. Boersma, J. Bunt en R. Muller aan Bestuur en Directie van Brinkgreven, 19 april 1977.
- 156 Directiearchief Stichting Adhesie lokatie Brinkgreven, map 'Problemen met paviljoen Conolly', daarin de brief van Dhr. G.B.G. Vermey aan het medische stafbestuur, 13 mei 1977.
- 157 Directiearchief Stichting Adhesie lokatie Brinkgreven, map 'Problemen met paviljoen Conolly', daarin de brief van Riet Muller aan de wetenschappelijke staf, 21 mei 1977.
- 158 Abrahams heb ik helaas niet kunnen vinden; hij staat niet meer in het geneeskundig adresboek. Ook via internet was hij niet te vinden.
- 159 Directiearchief Stichting Adhesie lokatie Brinkgreven, map 'Problemen met paviljoen Conolly', daarin de brief van A. van Nispen aan de voorzitter van het bestuur dhr. J.W. van Groningen, 5 april 1978

4 Van asiel tot revalidatiecentrum

- 1 B. Boersma e.a., *Conolly 1969-1976. Ervaringen met systeem theoretische en gezins therapeutische behandeling in een intramurale situatie* (Deventer 1977) 27-28.
- 2 Boersma e.a., *Conolly 1969-1976*, 29.
- 3 O. v.d. Hart, 'Recensie van Boersma e.a., Conolly 1969-1976', *MGV* 32 (1977) 658.
- 4 Z.a., 'Vlag in top voor "Boven"? Gekkenkrant over Conolly', *Gekkenkrant* 3 (februari 1976) 14, 6-8.
- 5 Zie College voor Ziekenhuisvoorzieningen (CvZ), *Inventarisatie 1978 psychiatrische inrichtingen in Nederland* (Utrecht 1979) 71.
- 6 P. Spruit, *Stageverslag "Conolly", periode 1 oktober tot 31 december 1976* (Utrecht 1977) 6.
- 7 C. M. Hogenstijn, *St. Elisabeths gasthuis en Brinkgreven. Geschiedenis van de psychiatrische ziekenhuizen te Deventer* (Deventer 1987) 70.
- 8 Schroeder van der Kolk was het gesloten opnamepaviljoen voor 'dames' en Conolly zoals bekend dat voor 'heren'. Griesinger was een open vervolgpaviljoen voor rustige of halfrustige heren en daarvan was Lombroso het equivalent voor de dames. Op de gesloten afdeling Esquirol zaten de onrustige vrouwen en daarvan was paviljoen Meynert de mannelijke evenknie. Het zevende paviljoen was iets later dan de rest bijgebouwd, in 1913, en lag achteraan op het terrein: Kraepelin, met een ziekenafdeling voor vrouwen en een voor mannen. In de loop der tijd werd dit de afdeling voor bejaarde patiënten. Ook de geneeskundige dienst huisde in Kraepelin, onder meer bevattende de internist en neuroloog van het ziekenhuis. Net als Conolly waren ook de andere paviljoens van psychiatrisch ziekenhuis Brinkgreven vernoemd naar beroemde negentiende-eeuwse psychiaters.
- 9 R.G. Stein, 'Observation of the schizophrenic patient in the mental hospital', *Psychiatrica, Neurologia, Neurochirurgia* 67 (1964) 155-158, aldaar 157. Zie ook: P. v.d. Klis, 'Een waan als waarheid. De ontwikkelingen van het therapeutisch klimaat in Brinkgreven van 1945 tot heden', in: J. Vijselaar (red.), *Over de IJssel, over de schreef. De geschiedenis van de geestelijke gezondheidszorg in Overijssel en van het Psychiatrisch Ziekenhuis Brinkgreven in het bijzonder* (Utrecht 1993) 91-106, aldaar 95.
- 10 Stein, 'Observation of the schizophrenic patient', 157.
- 11 Ibidem, 158.

- 12 Directiearchief psychiatrisch ziekenhuis Brinkgreven, Doos 'Algemeen Beheer, directie, geneesheer-directeur, 1962 en verder', Toespraak directeur Stein, 2 april 1962.
- 13 Interview G. Blok met J. Koehoorn, 6 november 2000. Alle verdere citaten van Koehoorn in dit hoofdstuk zijn afkomstig uit dit interview.
- 14 C. a/d Stegge, *Isolation and mechanical restraint in Dutch handbooks for mental nurses between 1897 and 1964*. Ongepubliceerd paper voor de internationale workshop 'Cultures of Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century', Amsterdam 18-20 september 2003.
- 15 Br. Bassianus, *De patiënt als medemens* Deel 2, les 8, 42-43 (ongepubliceerd stencil).
- 16 Br. Bassianus, *De psychiatrische verpleegkunde* Deel 1, les 1, 6 (ongepubliceerd stencil).
- 17 Interview G. Blok met J. Prins, 2 oktober 2001. Tenzij anders vermeld zijn alle verdere citaten van Prins in dit hoofdstuk afkomstig uit dit interview.
- 18 V.d. Klis, 'Waan als waarheid', 97.
- 19 J. Prins, 'De groep', *Vraagteken* 6 (1967) 9.
- 20 Directiearchief Brinkgreven, Doos 'Algemeen Beheer, directie, geneesheer-directeur, 1962 en verder', daarin: R.G. Stein, *Taakanalyse van de verplegenden in de psychiatrische inrichting*, Werkstuk in het kader van de cursus ziekenhuisbeleid 1963-1964, 3.
- 21 J. Prins, 'Veranderingen op komst, delen I, II en III', resp. in *Het Vraagteken* 8 (1969) nrs. 6, 7 en 8.
- 22 J. Foudraïne, *Wie is van hout... een gang door de psychiatrie* 144-364.
- 23 C.Th. Bakker en H. v.d. Velden, *Geld en gekte. Verkenningen in de kosten en baten van de GGZ (1890-2000)* (ongepubliceerd onderzoeksverslag, versie september 2003) 100.
- 24 Bakker en v.d. Velden, *Geld en gekte*, 36.
- 25 Ibidem, 36 en 110. Deze bedragen zijn niet gecorrigeerd naar inflatie.
- 26 Stichting Adhesie, lokatie Brinkgreven, directiearchief Brinkgreven, doos 'Algemeen beheer, directie, geneesheer-directeur, 1962-19...', daarin de Nieuwjaarsrede van directeur Stein over 1968. Chris de Bont, vanaf 1973 hoofd van de verpleegkundige opleidingsschool De Zuysel, bevestigde dat er in de jaren zeventig ruim keus was uit leerlingen. Interview G. Blok met C. de Bont, 1 juni 2001.
- 27 CAS/Nationaal Archief, Archief Geneeskundige Hoofdingspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, Dossier 2579, *Overzicht gegevens psychiatrische inrichtingen*.
- 28 Ibidem, *Overzicht gegevens psychiatrische inrichtingen*, 72.
- 29 Waarvan 85 gediplomeerden B, en 13 gediplomeerden A en B; 7 van deze 98 mensen werkten parttime, de rest fulltime.
- 30 Waarvan 66 'gewone' leerling B-verpleegkundigen, en 20 gediplomeerden A, die nu voor hun B-diploma bezig waren.
- 31 Om precies te zijn, waren de patiëntenaantallen van de paviljoens als volgt, eind 1976. Schroeder van der Kolk 23; Conolly 39; Griesinger 36; Lombroso 48; Meynert 53; Esquirol 48; Kraepelin Dames 44; Kraepelin Heren 37. Bron: College voor Ziekenhuisvoorzieningen, *Inventarisatie 1978 psychiatrische inrichtingen in Nederland*, 71.
- 32 Wel moet worden opgemerkt dat de werkweek na 1964 iets was verkort en het parttime werken enigszins was toegenomen. De toename van personeelsleden is dus geen absolute toename in mensuren.
- 33 De eerste psycholoog was aangesteld in 1965 (Jacob Prins), samen met de bewegingstherapeut Piet van der Klis. De tweede psycholoog was Riet Muller. Zij kwam in 1968 op Brinkgreven werken. In 1971 werden de psychologen Ben Kempers en Huib de Heer op Brinkgreven aangesteld, evenals andragoge Sylvia Beens. In 1972 kwam socioloog R. Bambang Oetomo in dienst, en in 1973 trad psycholoog Meyer aan in het ziekenhuis.
- 34 Stichting Adhesie, lokatie Brinkgreven, directiearchief Brinkgreven, doos 'Algemeen beheer, directie, geneesheer-directeur, 1962-19...', daarin de Nieuwjaarsrede van directeur Stein van 1973.
- 35 Volgens het College voor Ziekenhuisvoorzieningen was in Brinkgreven op een bevolking van 460 patiënten de medisch-sociale staf 0,03 per patiënt. Omgerekend is dat 13,8, dus een medisch-sociale staf van veertien personen. Zie CvZ, *Inventarisatie 1978 psychiatrische inrichtingen in Nederland*, 33.
- 36 Interview G. Blok met S. Beens, 17 oktober 2001.
- 37 Interview G. Blok met H. de Heer, 18 oktober 2001.
- 38 R. Bambang Oetomo, *Van asyl tot revalidatiecentrum. De opkomst en doorwerking van de resocia-*

- liseringsgedachte in Nederlandse psychiatrische inrichtingen* (Groningen 1970).
- 39 Bambang Oetomo, *Van asyl tot revalidatiecentrum*, 131.
- 40 In 1972 brachten 585 mensen er samen 2048 bezoeken. Slechts 21 van deze 585 mensen ontvingen een intensieve vorm van psychotherapie. Bij de rest waren de bezoeken waarschijnlijk meer gericht op ondersteuning en controle van het medicijngebruik en het psychisch functioneren. Zie: Stichting Adhesie, lokatie Brinkgreven, directiearchief Brinkgreven, doos 'Algemeen beheer, directie, geneesheer-directeur, 1962-19...', daarin de Nieuwjaarsrede van directeur Stein over 1972.
- 41 Directiearchief Brinkgreven, doos 'Algemeen beheer, directie, geneesheer-directeur, 1962-19...', daarin de Nieuwjaarsrede van directeur Stein over 1973.
- 42 Helaas is in de bestaande gegevens niet te vinden in hoeverre de opnames nieuwe opnames waren, dus van mensen die nooit eerder op Brinkgreven waren geweest, dan wel heropnames. Het is echter aannemelijk dat het aantal heropnames flink steeg. Landelijk was dat ook het geval. Zie: A. Kerkhoven, *Beeld van de psychiatrie 1800-1970. Historisch bezit van de psychiatrische ziekenhuizen in Nederland* (Zwolle 1996) 231.
- 43 Zestig procent van de opgenomen mensen verbleef tussen de nul en drie maanden in het ziekenhuis. Zeventien procent zat er tussen de drie en zes maanden, twaalf procent tussen een half jaar en een jaar. Informatie verkregen uit: Stichting Adhesie lokatie Brinkgreven, directiearchief, doos 'Algemeen beheer, directie, geneesheer-directeur, 1962-19...', daarin de Nieuwjaarsrede van directeur Stein uit 1974.
- 44 Informatie afkomstig uit de interviews van G. Blok met G. Kienhorst en H. Weidema, 31 januari 2001; met H. Ader, 8 mei 2001; met A. Bredewold, 13 december 2000; met H. Tenten, 2 mei 2001; met J. Bunt, 11 april 2000; met G. Palm, 9 februari 2001.
- 45 Interview G. Blok met G. Timmermans, 1 juni 2001.
- 46 Interview G. Blok met J. Bunt, 11 april 2000.
- 47 Interview G. Blok met A. Mars, 29 mei 2001.
- 48 Interview G. Blok met A. Bredewold, 13 december 2000.
- 49 Interview G. Blok met G. Palm, 9 februari 2001.
- 50 J. Bunt, 'Drugs', *Vraagteken* 11 (1972) 2, 4-6.
- 51 L. Tangel, 'Proost!', *Vraagteken* 7 (1968) 7.
- 52 Zie P.J.M. Koopman, *Geschiedenis van de psychiatrische verpleging 1958-1997: de periode van "John Belt"* (Deventer 1997) 30.
- 53 B. v.d. Laan, *Klinische en sociale psychiatrische verpleegkunde* (Lochem, tweede druk 1976; oorspronkelijke uitgave 1975) en B. v.d. Laan, *Relaties. Verpleegkundige begeleiding van de psychiatrische cliënt* (Lochem 1977).
- 54 V.d. Laan, *Klinische en sociale psychiatrische verpleegkunde*, 136-138.
- 55 Interview G. Blok met C. de Bont, 1 juni 2001.
- 56 Bijvoorbeeld H. Korteweg, *Spel en tegenspel. Sensiviteitstraining, ontmoetingsgroepen, non-verbale communicatie en meer dan 50 spelen* (Den Haag 1972).
- 57 Interview G. Blok met C. de Bont, 1 juni 2001.
- 58 Persoonlijk archief A. Nijenhuis: A. Nijenhuis, *Scriptie psychiatrische verpleegopleiding De Zuyssel* (Deventer 1974).
- 59 'Br. Stegeman blik nog verder terug', *Vraagteken* 8 (1969) 7, 6.
- 60 'Br. A. Wielhouwer blik terug (slot)', *Vraagteken* 8 (1969) 8, 8-10.
- 61 J. Getkate, 'Reactie op br. Wielhouwer en br. Stegeman blikken terug', *Vraagteken* 9 (1970) 2, 2.
- 62 B.O. Boersma, 'Terugblik of visie op het verleden?', *Vraagteken* 9 (1970) 2, 2-3.
- 63 Br. W. Stegeman, 'Nog eenmaal: een blik terug', *Vraagteken* 9 (1970), 3, 2.
- 64 Interview G. Blok met H. Tenten, 2 mei 2001.
- 65 Koopman, *Geschiedenis psychiatrische verpleging*, 29 en 32.
- 66 V.d. Klis, 'Waan als waarheid', 96.
- 67 Interview G. Blok met H. de Heer, 18 oktober 2001.
- 68 Ibidem.
- 69 Directiearchief psychiatrisch ziekenhuis Brinkgreven, daarin: Werkgroep Toekomstige ontwikkeling ziekenhuis, *Huidige dienstverlening op paviljoen Lombroso* (Deventer 1974) 7.
- 70 Interview G. Blok met H. de Heer, 18 oktober 2001.
- 71 Interview G. Blok met H. Tenten, 2 mei 2001.

- 72 De Viersprong was in 1957 geopend.
- 73 Investeerders waren de huisarts van Brinkgreven Harrie Buitenhuis, psycholoog Huib de Heer en de verpleegkundigen John Belt en Hendrik Tenten.
- 74 Interview G. Blok met H. de Heer, 18 oktober 2001.
- 75 Interview G. Blok met P. Hendrickx, 18 december 2000.
- 76 Interview G. Blok met H. de Heer, 18 oktober 2001.
- 77 Koopman, *Geschiedenis psychiatrische verpleging*, 33.
- 78 Interview G. Blok met H. de Heer, 18 oktober 2001.
- 79 Dossier BC 41.
- 80 Anatenzol, gecombineerd met het anti-Parkinsonmiddel Akineton.
- 81 Werkgroep Toekomstige ontwikkeling ziekenhuis, nota november 1974, 'Huidige dienstverlening paviljoen Griesinger', 9.
- 82 Werkgroep Toekomstige ontwikkeling ziekenhuis, nota november 1974, 'Huidige ontwikkelingen paviljoen Meynert', 8; Stichting Adhesie, lokatie Brinkgreven, directiearchief Brinkgreven, doos 'Algemeen beheer, directie, geneesheer-directeur, 1962-19...', daarin de Nieuwjaarsrede van directeur Stein uit 1974.
- 83 Stichting Adhesie, lokatie Brinkgreven, wetenschappelijke bibliotheek Brinkgreven, J.H.J. v. Wageningen, (intenstein te Brinkgreven), *Verslag over de bijeenkomst van de contactpersonen van de Coördinatie Commissie Biochemisch Onderzoek 26 november 1974* (Deventer 1974).
- 84 Bv. interview G. Blok met G. Palm, 9 februari 2001

5 'Oorlog in de psychiatrie'

- 1 Zie P. v.d. Eijk, 'Lof en blaam voor Foudraine. Psychiaters gaan vergaderen over "Wie is van hout"', *De Tijd. Dagblad voor Nederland* 27 januari 1972; Swami Deva Amrito/Jan Foudraine, *Oorspronkelijk gezicht. Een gang naar huis* (Baarn 1979) 29-30.
- 2 C.Th. Bakker en L. de Goei, *Een bron van zorg en goede werken. Geschiedenis van de geestelijke gezondheidszorg in Noord-Holland-Noord* (Amsterdam 2002) 278-280; F. van Ree, *Dicht op de huid. Een autobiografie* (Amsterdam 1990) 165.
- 3 A. Klijn, *De therapeutische beloften van een gebouw. Het Psycho-Medisch Streekcentrum Vijverdal 1972-2006* (voorlopige werktitel; Kleins boek over Vijverdal zal naar verwachting in 2004 verschijnen), daarin hoofdstuk drie, 'Een nieuwe start: psycho-medisch streekcentrum Vijverdal 1970-1973', 11.
- 4 Zie voor het enthousiasme onder verpleegkundigen over het boek van Foudraine en het werk van andere kritische psychiaters bv.: G. Blok en J. Vijselaar, *Terug naar Endegeest. Patiënten en hun behandeling in psychiatrisch ziekenhuis Endegeest, 1894-1994* (Nijmegen 1998) 206; Klijn, *Therapeutische beloften van een gebouw*, hoofdstuk vier, 'Een majestueus gezondheidspaleis?', 5. Zie ook de opmerking van verpleegkundige H. Kraft, in de jaren zeventig leerling-verpleegkundige in Santpoort, tijdens het witness-seminar 'Pillen in de psychiatrie' dat gehouden werd aan de Amsterdamse Vrije Universiteit op 8 juni 2001. Kraft vertelde dat in de leerlingenraad van Santpoort Foudraine's boek 'driftig werd gelezen.'
- 5 Verpleegkundige Frans Palmen geciteerd in G. Blok, 'Een droominstituut', in: G. Blok en J. Vijselaar (red.), *De weg van Welterhof. 25 jaar psychiatrie in Oostelijk Zuid-Limburg* (Utrecht 1999) 11-43, aldaar 14.
- 6 F. van Ree, *Dicht op de huid. Een autobiografie* (Amsterdam 1990) 164.
- 7 Blok en Vijselaar, *Terug naar Endegeest*, 214-218.
- 8 J. Foudraine, *Wie is van hout... Een gang door de psychiatrie* (31ste druk, Baarn 1980; oorspronkelijke uitgave 1971) 4. Deze uitspraak was afkomstig van de Amerikaanse neofreudiaanse psychiater Harry Stack Sullivan.
- 9 J.A.M. Mathijssen, 'Het verzuim der psychiatrie', *De Volkskrant* 13 juni 1970.
- 10 M. van Schayk, *Hallo medemens! De geschiedenis van Het Werkteater* (Amsterdam 2001) 108-110.
- 11 De beschrijving van deze scène is gebaseerd op de filmversie van *Toestanden*.
- 12 Zie over Amstelland: G. Blok, "'Tall, spanking people". The idealisation of adolescents in a Dutch therapeutic community', in: M. Gijswijt-Hofstra en H. Marland (red.), *Cultures of child*

- health in Britain and the Netherlands in the twentieth century* (New York/Amsterdam 2003) 265-285; S. van 't Hof, 'De geschiedenis van Amstelland, voormalige jeugdafdeling van het Provinciaal Ziekenhuis te Santpoort, 1968-1994', in: S. van 't Hof e.a., *Tulpenburg en Amstelland 1951-1994. Bladzijden uit de geschiedenis van de Nederlandse kinder- en jeugdpsychiatrie* (Utrecht 1997) 101-181. Diverse leden van de redactie van de *Gekkenkrant* waren overigens rond 1970 opgenomen in Amstelland.
- 13 Van 't Hof, 'Geschiedenis van Amstelland', 103.
 - 14 P. Bierenbroodspot, *De therapeutische gemeenschap en het traditionele psychiatrische ziekenhuis* (Meppel/Amsterdam 1969). Het boek was in 1976 toe aan de zesde druk.
 - 15 Van Ree, *Dicht op de huid*, 240-241.
 - 16 Ibidem, 194.
 - 17 Ibidem, 241.
 - 18 Ibidem, 245.
 - 19 Ibidem, 250.
 - 20 Van 't Hof, 'Geschiedenis van Amstelland', 114-115.
 - 21 Van Ree, *Dicht op de huid*, 248.
 - 22 Ibidem, 249.
 - 23 In 1949 was Veluweland opgericht in Edeveen en in 1957 opende de Viersprong in Halsteren zijn deuren. Dan was er nog het Militair Neurose Hospitaal Austerlitz (1946) voor de behandeling van 'neurotische' soldaten.
 - 24 H. Assendorp, 'Redactioneel', in: *Nieuwsbrief, tweemaandelijks mededelingenblad van de Vereniging van Werkers in Psychotherapeutische Gemeenschappen* (hierna: *Nieuwsbrief*) 11 (november 1984) 1. Dit is een jubileumnummer. De oprichters van de Vereniging waren o.a. Piet Jongerius, hoofd van de Viersprong; Jan v.d. Lande en Peter Bierenbroodspot uit Santpoort; Theo Moody uit de St. Bavo en W. Arendsen Hein, hoofd van Veluweland.
 - 25 In 1966 ontstond vanuit psychiatrisch centrum St. Willibrord in Heiloo de therapeutische gemeenschap De Oosthoek te Limmen. Midden jaren zestig ontstond ook het dagcentrum aan de Vondelstraat (opgericht vanuit de Universiteit van Amsterdam). Eind jaren zestig was in Utrecht de therapeutische gemeenschap de H.C. Rümke-kliniek opgericht. In 1969 ontstonden zoals gezegd Amstelland en Zuideroord. In 1968 richtte psychiatrisch centrum St. Bavo in Noordwijkerhout ook een eigen therapeutische gemeenschap op, De Spiegelberg. Begin jaren zeventig ten slotte ontstonden de TG's Rijnland in Santpoort, waar Bierenbroodspot zelf aan het hoofd stond, en Jozef in de St. Bavo. Dan was er nog een jeugdpsychiatrische inrichting, Zandwijk, die als TG was erkend. Midden jaren tachtig waren de Rümke-kliniek en Zandwijk inmiddels opgeheven, maar waren er nieuwe TG's bijgekomen: De Wende (RPI Eindhoven), De Maas (Delta) en Conradok (Ursulakliniek Wassenaar).
 - 26 Zie de *Nieuwsbrief*, de jaargangen 1977-1987. Aanvragen voor erkenning kwamen in de loop der jaren binnen van onder meer de afdeling Helem uit Groot-Bronswijk in Wagenborgen, waar psychotici werden behandeld; de jongerenafdeling Laanzicht uit Bloemendaal in Loosduinen; afdeling De Strook uit Veldwijk; afdeling de Hoge Wal uit Licht en Kracht in Assen; de afdeling P2c van de Groningse psychiatrische universiteitskliniek; en de afdeling Spinoza-boven uit de Willem Arntsz Hoeve in Den Dolder.
 - 27 H. Binneveld en R. Wolf, *Een huis met vele woningen. Honderd jaar katholieke psychiatrie, Voorburg 1885-1985* (Den Bosch 1985) 201-208.
 - 28 Binneveld en Wolf, *Huis met vele woningen*, 204.
 - 29 Blok en Vijselaar (red.), *De weg van Welterhof*, 12-14.
 - 30 Ibidem, 33.
 - 31 Zie over Van der Scheer en de actievere therapie o.a.: G. Blok, 'Proefmaatschappij in de duinen (1918-1940)', in: J. Vijselaar (red.) *Gesticht in de duinen. De geschiedenis van de provinciale psychiatrische ziekenhuizen van Noord-Holland van 1849 tot 1994* (Hilversum 1997) 122-151, en Blok en Vijselaar, *Terug naar Endegeest*, 151-154.
 - 32 Het gezag van Van der Scheer, het morele geweten van de naoorlogse inrichtingspsychiatrie, was groot. De actievere therapie werd het leidende beginsel in de intramurale psychiatrie. Psychiater M. Cohen Stuart, die begin jaren vijftig psychiater in opleiding was in het Rotterdamse Maasoord, herinnerde zich dat 'de allerlaatste patiënten echt de paviljoens [werden] uitgejaagd' als Van der Scheer in aantocht was. C.Th. Bakker, 'De heer van 't Kyveland. Frederik Jacob

- Tolsma, geneesheer-directeur Maasoord/Deltaziekenhuis 1951-1974', in: C.Th. Bakker, G. Blok en J. Vijselaar, *Delta: Negentig jaar psychiatrie aan de Oude Maas* (Utrecht 1999) 68-121, aldaar 96.
- 33 De directie van provinciaal psychiatrisch ziekenhuis Santpoort uitte zich in 1959 gefrustreerd. 'Wij staan voor de paradoxale situatie', aldus schreef men in het jaarverslag, 'dat de behandelingsmethoden zich verfijnen, doch dat de mensen ontbreken, die deze kunnen hanteren. De spanning tussen de eigenlijke taak en de relatieve onmacht in de vervulling daarvan, is voor de leiding soms bijna onverdraaglijk.' Blok, 'Proefmaatschappij', 167.
- 34 J. Dankers en J. van der Linden, *Van regenten en patiënten. De geschiedenis van de Willem Artsz Stichting: Huis en Hoeve, Van der Hoeven kliniek en Dennendal* (Amsterdam 1996) 94.
- 35 G. Blok, "'Onze kleine wereld" (1945-1965)', in: Vijselaar (red.), *Gesticht in de duinen*, 166-192, aldaar 182.
- 36 Blok en Vijselaar, *Terug naar Endegeest*, 186.
- 37 Zie bv. Klijn, *Therapeutische beloften van een gebouw*, hoofdstuk één, 'Calvariënberg rond 1960', 3; P. Koopman, *Geschiedenis van de psychiatrische verpleging 1958-1997: de periode van "John Belt"* (Deventer 1997) 17; Van Ree, *Dicht op de huid*, 164-177; J. Slangen, *Van Koningsplein naar Lazaruskap. Fragmenten uit de geschiedenis van psychiatrisch centrum Joris te Delft* (Delft 1994) 157; C. Willemsen, *Van god los. Geschiedenis van de psychiatrische inrichting Sint-Antonius, 1902-1967* (Breda 1997) 235. Volgens Van Ree was een braakspuit een injectie met het braakmiddel 'apomorfine'. Hoe wijdverbreid dergelijke disciplineringspraktijken precies waren, zal nader onderzoek indien mogelijk moeten uitwijzen.
- 38 Slangen, *Van Koningsplein naar Lazaruskap*, 157.
- 39 Van der Drift en Carp geciteerd in Blok, "'Onze kleine wereld'", 182-183.
- 40 K. Visser, 'Problemen rond de huidige en toekomstige structuur van het psychiatrisch centrum', *Het Ziekenhuiswezen* 38 (1965) 150.
- 41 J. de Smet, 'De plaats van de psychiatrische inrichting in het totaal van de geestelijke gezondheidszorg', *Voordrachtenreeks* 6 (winter 1964) 1-6.
- 42 Interview M. Louter met Constance H. Dit interview werd gehouden voor een nog te publiceren boek van Louter, waarin de geschiedenis van de intramurale psychiatrie in Nederland zal worden beschreven vanuit het ervaringsperspectief van cliënten.
- 43 Interview C. a/d Stegge met A. van Rijswijk, 2 april 2003. Aan der Stegge werkt overigens momenteel aan een proefschrift over de geschiedenis van de psychiatrische verpleegkunde in Nederland tijdens de twintigste eeuw.
- 44 In 1969 was landelijk gezien de personele bezetting per honderd bedden 24,2. In 1973 was die bezetting gestegen tot 27,1. De toename betrof vooral het verplegend personeel. Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, *Verslag over de jaren 1969 t/m 1974* (Den Haag 1976) 121; M.J. Haveman, 'Nieuwe langverblijvers in psychiatrische ziekenhuizen', *MGV* 35 (1980) 642-655, aldaar 643.
- 45 Geneeskundige Hoofdinspectie, *Verslag 1969 t/m 1974*, 120-121.
- 46 Citaat van sociaal-psychiatrisch verpleegkundige F. van Vugt, in: I. v.d. Padt, *Hoopvol bezorgd. Sociaal psychiatrische verpleegkunde van de 20ste naar de 21ste eeuw* (Eindhoven 1999) 159.
- 47 E. Tonkens, *Het zelfontplooiingsregime. De actualiteit van Dennendal en de jaren zestig* (Amsterdam 1999) 113.
- 48 Tonkens, *Zelfontplooiingsregime*, 113.
- 49 Blok en Vijselaar, *Terug naar Endegeest*, 204.
- 50 Blok, "'Tall, spanking people'", 266.
- 51 Van de Lande geciteerd in Van 't Hof, 'Geschiedenis van Amstelland', 109.
- 52 Ibidem, 266.
- 53 Ibidem, 267.
- 54 Van Ree, *Dicht op de huid*, 188-198. De achternaam van Jacobien vermeldt Van Ree niet.
- 55 Ibidem, 192-194.
- 56 Ibidem, 194.
- 57 C. a/d Stegge, 'Verpleegkundigen opleiden voor de psychiatrie. Debat en beleid in Nederland gedurende de twintigste eeuw', *MGV* 56 (2001) 691-708, aldaar 702.
- 58 De verplichte theorie in de opleiding betrof, aldus de wettelijke bepalingen van 1975, voor 50% 'psychische vakken', voor 19% 'algemeen vormende vakken', en voor 31% somatische vakken.

- 59 Informatie afkomstig uit: Interview C. a/d Stegge met A. van Rijswijk, 2 april 2003.
- 60 IISG, Archief *Gekkenbeweging. Collectie 1970-1983*, nr. 1. CSD. Doos 3 (UBA/CSD VRZ II.4), map 'Knipselboeken', daarin kopie van een artikel van T. Betlem en W. Renes, 'Als een judas heeft ze me verraden', *Nieuwe Revu* 1973 (precieze datum onbekend).
- 61 Het merendeel van de bezoekers van het congres *Psychiatrische patiënt vogelvrij?*, dat in 1973 werd gehouden in psychiatrisch instituut Sint-Antonius te Etten-Leur, was bijvoorbeeld psychiatrisch verpleegkundige. Zie de informatie op de achterflap van: Stichting Het Hooghuis, *Psychiatrische patiënt vogelvrij?* (Lochem 1973).
- 62 IISG, Archief *Gekkenbeweging. Collectie 1970-1983*, nr. 1. CSD. Doos 3 (UBA/CSD VRZ II.4), map 'Publicaties', daarin: J. Sturkenboom en T. Zijlstra, *Het konflikt rond afdeling 4B* (Utrecht 1975) 8.
- 63 Zie bv.: Blok en Vijselaar, *Terug naar Endegeest*, 235; P.J.M. Koopman, *Beroep, beleid én best-practice* (Uitgave Stichting Adhesie, Deventer 2002) 11. Hierin wordt verteld over een hoofd-zuster uit de psychiatrische inrichting Groot Bronswijk in Wagenborgen die ontslag nam begin jaren zeventig, naar verluidte omdat ze niet mee wilde gaan in de democratische praatcultuur.
- 64 Visiecommissie psychiatrisch centrum St. Bavo, *De chronische patiënt*. Tweede rapport van de visiecommissie (Noordwijkerhout 1973) 1-8.
- 65 R. Kagie, 'Wel een eigen kast voor de patiënt, maar een tweede sleutel voor het personeel. Wil- len ze bij psychiatrisch centrum St. Bavo echt veranderen?', *De Nieuwe Linie* 17 oktober 1973.
- 66 IISG, Archief *Gekkenbeweging. Collectie 1970-1983*, nr. 1. CSD. Doos 3 (UBA/CSD VRZ II.4), map 'Publicaties', daarin een stencil van de Werkgroep Vrederust.
- 67 In de woorden van K. Onderwater, destijds verpleegkundige in St. Joris en actief deelnemer aan het protest tegen de situatie daar. Zie: I. v.d. Padt, *Hoopvol bezorgd. Sociaal psychiatrische ver- pleegkunde van de 20ste naar de 21ste eeuw* (Eindhoven 1999) 93.
- 68 Slangen, *Van Koningsplein naar Lazaruskap*, 170.
- 69 Informatie afkomstig van K. Onderwater, in: V.d. Padt, *Hoopvol bezorgd*, 93.
- 70 Blok, 'Droominstituut', 33.
- 71 De beschrijving van deze scène is gebaseerd op de film *Toestanden* (1975) van regisseur Thijs Chanowski.
- 72 Y.L. Lang geciteerd in Blok en Vijselaar (red.), *Weg van Welterhof*, 28.
- 73 G. Blok, 'De bomen groeiden tot in de hemel', in: Blok en Vijselaar (red.), *Weg van Welterhof*, 43-73, aldaar 48; Van 't Hof, 'Geschiedenis van Amstelland', 128.
- 74 Van Ree, *Dicht op de huid*, 246.
- 75 Foudraine, *Wie is van hout*, 260.
- 76 Verpleegkundige Bart Boersma uit psychiatrisch ziekenhuis Brinkgreven deed bijvoorbeeld in 1971 in het personeelsblad verslag van een lezing van Foudraine die hij had bezocht, over de 'Veranderende rolverhoudingen in de inrichting van nu', *Vraagteken* 10 (december 1971) 2-5.
- 77 Z.a., z.t., *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 82 (januari 1972) 82
- 78 Gerda Menneken geciteerd in G. Blok, 'In een stroomversnelling', in: Blok en Vijselaar, *Terug naar Endegeest*, 193-243, 221.
- 79 P. Schnabel, 'Patiëntenraden in psychiatrische inrichtingen', *MGV* 35 (1980) 32-49, aldaar 34.
- 80 *Stimulus. Orgaan van Opiniegroep Wolfheze* 1 (december '73 / januari '74).
- 81 R. Abma en I. Weijers, *Een eeuw psychiater* (werktitel; ongepubliceerde versie van een nog te verschijnen boek) daarin hoofdstuk vijf, 'De belofte. De lange jaren zeventig', 12.
- 82 J. Arends, 'Keefman', in: K. van Weringh (red.), *Jan Arends. Verzameld werk* (Amsterdam 1994) 25-54, aldaar 34.
- 83 Blok, 'Droominstituut', 27; Klijn, *Therapeutische beloften van een gebouw*, daarin hoofdstuk twee, 'Een revolutionaire opzet: het psychiatrisch centrum te Maastricht in aanbouw', 1-3. Zie over Paul Sivadon: J.P. Coffin, 'Misery and revolution: the organisation of French psychiatry, 1945-1980', ongepubliceerd paper voor de internationale workshop *Cultures of Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century*, Amsterdam 18-20 september 2003.
- 84 De geneesheer-directeur A. Poslavsky van de Utrechtse Willem Arntsz Stichting ging in 1964 op studiereis naar Parijs. Sivadon was bovendien co-auteur van een invloedrijk rapport van de *World Health Organisation* uit 1959, dat ook in ons land bekend was. Dit rapport was getiteld: *Psychiatric services and architecture*. Zie: Klijn, *De therapeutische beloften van een gebouw*, hoofdstuk twee 'Revolutionaire opzet', 1.

- 85 P. Sivadon, 'Organisatie en functie van het therapeutisch milieu in het psychiatrisch ziekenhuis', in: Z.a., *Het psychiatrisch ziekenhuis. Verslag van het tweejaarlijks ziekenhuiscongres uitgaande van de Stichting het Nederlandse Ziekenhuiswezen gehouden op 3 en 4 oktober 1968 te Amsterdam* (Lochem 1968) 503-505.
- 86 A. Poslavsky, 'Het psychiatrische ziekenhuis als centrum van interdisciplinaire samenwerking in praktijk en research', in: Th.G. Lutters en W.C.M. Smits, *Het psychiatrisch ziekenhuis. Verblijf, behandeling en genezing van patiënten in de psychiatrische inrichting* (Amsterdam/Brussel 1968) 23-33, aldaar 23 en 31.
- 87 Slangen, *Van Koningsplein naar Lazaruskap*, 148.
- 88 T. Dehue, *De regels van het vak. Nederlandse psychologen en hun methodologie 1900-1985* (Amsterdam 1990) 158-159; G. Hutschemaekers en L. Neijmeijer, *Beroepen in beweging. Professionalisering en grenzen van een multidisciplinaire GGZ* (Utrecht 1998) 43-44.
- 89 I. Weijers, 'The Dutch psychiatrist. A Sketch of the Development of the Profession in the Last Century', ongepubliceerd paper voor de internationale workshop *Cultures of Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century*, Amsterdam 18-20 september 2003, 6.
- 90 C.Th. Bakker en L. de Goei, *Een bron van zorg en goede werken. Geschiedenis van de geestelijke gezondheidszorg in Noord-Holland-Noord* (Amsterdam 2002) 278-280.
- 91 P. Idenburg, 'Er woedde een machtsstrijd in het APZ. Anti-psychiatrie, 20 jaar later', *Het Ziekenhuis* 85 (1995) 36-39.
- 92 C. Willemse, *De belofte van het hiernumaals. Zeventig jaar ambulante geestelijke gezondheidszorg in het gewest Breda 1929-1999* (Nijmegen 2002) 269-271.
- 93 CAS, Archief Geneeskundige Hoofdingspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, dossier 2204, daarin 'Verslag bezoek aan de Daniël de Brouwerstichting, 23-10-1973'. De Daniël de Brouwerstichting deed onderzoek naar de organisatieveranderingen die nodig waren in Padua. Dit dossier is overigens niet bewaard gebleven in de selectie van het Inspectie-archief die naar het Nationaal Archief is gegaan.
- 94 Willemse, *De belofte van het hiernumaals*, 269.
- 95 Sturkenboom en Zijlstra, *Het konflikt rond afdeling 4B*, 6.
- 96 Vijselaar, 'Delta in de maalstroom', 133-137.
- 97 F. van Ree, 'De B-verpleegkundige als behandelaar?', *MGV* 30 (1975) 391-396.
- 98 Zie bv. de zeer positieve recensie van Foudraine's boek door M.J. Buré, 'Wie is van hout...', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 81 (1971) 1129-1131.
- 99 Blok, 'Droominstituut', 33.
- 100 Zie bv. Tonkens, *Zelfontplooiingsregime*, 69-70 en 112-113; Van 't Hof, 'Geschiedenis van Amstelland', 112.
- 101 Van de Lande geciteerd in J. v.d. Berg, 'Opleiden tot veranderaar. Een nieuw model in groep 34', *Te gek om los te lopen. Eenmalige krant voor het seminar "Te gek om los te lopen"*, 17 september 1970, 3.
- 102 Tonkens, *Zelfontplooiingsregime*, 113; Van 't Hof, 'Geschiedenis van Amstelland', 112.
- 103 A.J. Heerma van Voss, 'Snelle hulp bij psychische nood komt langzaam op gang', *Haagse Post* 9 mei 1972.
- 104 IISG, Archief *Gekkenbeweging. Collectie 1970-1983*, nr. I. CSD. Doos 2 (UBA/CSD VRZ OII.3), map Rümke-kliniek.
- 105 C.J.B.J. Trimbos, 'Perspektieven en wensen in de sociale psychiatrie', lezing gehouden op een studiedag van de Katholieke Psychiatrische Voor- en nazorgdiensten Noordwijk, 28 februari 1970; eveneens verschenen als gelijknamig artikel in *MGV* 25 (1970) 248-262. Vergelijkbare kritiek op het medisch model was te vinden bij F. Bloemsma, 'Dysfuncties van het medische en medisch-therapeutische model in de psychiatrie', *NTVP* 12 (1970) 353-361.
- 106 C.J.B.J. Trimbos, 'Nogmaals het "medisch model" in de psychiatrie', *MGV* 27 (1972) 311-324.
- 107 Sturkenboom en Zijlstra, *Konflikt rond 4B*, 9-10.
- 108 A.A. Fischer, 'Clinical research on psychosis', *Psychiatria, Neurologica, Neurochirurgia* 74 (1971) 205-217.
- 109 H.A.M. Jacobs, *Basisfilosofie en werkwijze in praktijk. Een beschrijving van paviljoen Larikshof, een afdeling van het psychiatrisch centrum Zon en Schild te Amersfoort* (Amersfoort 1981) 8 en 19. Met dank aan psychiater J. Schneider.
- 110 Van 't Hof, 'Geschiedenis van Amstelland', 109-111.

- 111 Van de Lande geciteerd in Blok, "Tall, spanking people", 273.
- 112 Bassant geciteerd in: Blok, "Tall, spanking people", 273.
- 113 W.P. v.d. Hout, *Hoe echt zijn mensen? Een persoonlijke belevenis in een afgedankt wingewest* (Oirsbeek 1980); Blok en Vijselaar, *Weg van Welterhof*, 68-72.
- 114 Blok, 'Bomen groeiden tot in de hemel', 68-72.
- 115 Ibidem, 71.
- 116 R. Abma en I. Weijers, *Een eeuw psychiater* (werktitel; ongepubliceerde versie van een te verschijnen boek) daarin hoofdstuk vijf, 'De belofte. De lange jaren zeventig', 9.
- 117 Abma en Weijers, 'De belofte', 9.
- 118 C. Brinkgreve, *Psychoanalyse in Nederland. Een vestigingsstrijd* (Amsterdam 1984) 214.
- 119 J.J.C. Marlet, *NTVP* 13 (1971) 328.
- 120 J.J.C. Marlet, *NTVP* 13 (1971) 332.
- 121 J. van Tijn, 'Een uniek psychotherapeutisch experiment. Just Bendien en zijn bedreigde dagklinik in de Amsterdamse Vondelstraat (I)', *Vrij Nederland* 15 juli 1972, en J. van Tijn, "Het gaat er om de mensen te laten zien hoe ze zich zelf tegenhouden". Just Bendien en zijn bedreigde dagklinik in de Amsterdamse Vondelstraat', *VN* 22 juli 1972.
- 122 Van 't Hof, 'Geschiedenis van Amstelland', 117.
- 123 P.J. Jongerius, 'Redactioneel', *TvP* 16 (1974) 645-646.
- 124 P.J. Jongerius, 'Redactioneel', *TvP* 16 (1974) 57.
- 125 P. Kuiper, *Hoofdsom der psychiatrie* (Amsterdam 1973). Het haalde tien herdrukken in tien jaar.
- 126 Kuiper geciteerd in H.M. Reijzer, *Naar een nieuw beroep. Psychotherapeut in Nederland* (Houten 1993) 106. Zie voor een vergelijkbaar pleidooi J. Bastiaans en J.J. Groen, 'The present development of psychiatry and its consequences for the training of future psychiatrists', *Psychiatrica, Neurologica et Neurochirurgica* 73 (1970) 405-411. In 1969 werd besloten tot een gescheiden registratie van psychiaters en neurologen, en tot verkorting van de opleiding van vijf naar vier jaar. De verplichte stage neurologie verdween. Er moest nog wel, zeer tegen de zin van de jonge psychiaters in opleiding, één opleidingsjaar aan neurologie worden besteed.
- 127 M.J.H.M. Wertenbroek, 'Wat is psychiatrie?', *TvP* 12 (1970) 137-152.
- 128 Kuiper, *Hoofdsom*, 135.
- 129 Kuiper geciteerd in L. van den Berg, *Rijp voor paviljoen III. Krankzinnig in Amsterdam vanaf 1565* (Amsterdam 1989) 66.
- 130 Van 't Hof, 'Geschiedenis van Amstelland', 116. De dossiers van deze afdeling tussen 1969 en 1972 lieten zien dat een derde van de opgenomen jongeren leed aan psychotische symptomatic. De rest leed aan niet-psychotische klachten, bijvoorbeeld van depressieve aard. Sommige bewoners hadden klachten die het gevolg waren van drugsmisbruik.
- 131 J. van Belzen, *Gezondheid, ziekte en psychiatrie volgens H.C. Rümke* (Zeist 1988).
- 132 Zo schreef Kuiper: 'Wat de psychotisch reagerende mens onderscheidt van de neuroticus is het falen over een breed front van zijn ik-functies. Ook de neuroticus vervalst de realiteit. [...]. Bij psychotische mensen breidt de stoornis van de ik-functies zich over veel grotere gebieden uit en wordt de realiteit losgelaten.' Kuiper, *Hoofdsom*, 219.
- 133 W.P. van den Hout, 'Een therapeutische gemeenschap in een psychiatrisch ziekenhuis', *TvP* 24 (1982) 556-563.
- 134 Zie bv. J. Waage, 'Stellingen', themanummer 'Psychiatrie in discussie', *TvP* 14 (1972) 349-349.
- 135 H. Rooijmans, 'Alternatieve psychiatrie', *TvP* 14 (1972) 389-408; P.J. Stolk, 'Stellingen', themanummer 'Psychiatrie in discussie', *TvP* 14 (1972) 355-359.
- 136 Archief Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, aanwezig op het secretariaat van de NNVP in het KNMG-gebouw te Utrecht, daarin een brief van J. v.d. Spek aan de voorzitter van de voorjaarsvergadering psychiater A. Hustinx, 4 mei 1972.
- 137 Blok, 'Onze kleine wereld', 178.
- 138 G. Kraus, 'Quelques remarques sur le compte de profits et pertes de la leucotomie', *Folia Psychiatrica, Neurologica et Neurochirurgica Neerlandica* 53 (1950) 620-635.
- 139 Klijn, *Therapeutische beloften van een gebouw*, daarin hoofdstuk één, 'Calvariënberg rond 1960', 3; Van Ree, *Dicht op de huid*, 169.
- 140 M.H. Cohen Stuart en H. Zeijlstra, 'Over beleven bij shockbehandeling', *Folia Psychiatrica, Neurologica et Neurochirurgica Neerlandica* 53 (1950) 470-481, aldaar 474.
- 141 T. Pieters en S. Snelders, 'Chemically Fashioning the Mind: Psychopharmacology and the

- 'Hidden History' of Psychiatry', ongepubliceerd paper voor de internationale workshop *Cultures of Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century*, Amsterdam 18-20 September 2003.
- 142 E. Shorter, *Een geschiedenis van de psychiatrie. Van gesticht tot Prozac* (Amsterdam 1998) 267.
- 143 Shorter, *Geschiedenis van de psychiatrie*, 268.
- 144 Bakker, 'Heer van Kyveland', 91.
- 145 J.J.A.M. Gorisse, *Van idealen en mensenwerk. Van Zeeuwse inrichting tot West-Brabants psychiatrisch ziekenhuis, Vredrust 1904-1997* (Halsteren 1997) 70.
- 146 J. Dankers en J. van der Linden, *Van regenten en patiënten. De geschiedenis van de Willem Arntsz Stichting: Huis en Hoeve, Van der Hoeven kliniek en Dennendal* (Amsterdam/Meppeel 1996) 94.
- 147 Blok, 'Onze kleine wereld', 181.
- 148 Zie bv.: Blok, 'Onze kleine wereld', 179-182; Blok en Vijselaar, *Terug naar Endegeest*, 167-169.
- 149 H.J.H.M. Wertenbroek, 'De klinische ervaringen met de nieuwere psychopharmaca', *Voor- drachtenreeks* 2 (1960) 3-15, aldaar 6.
- 150 Tegen deze bijwerkingen gaf men meestal Disipal, een anti-Parkinsonmiddel.
- 151 Blok, 'Onze kleine wereld', 181.
- 152 Bakker, *Thuis opgenomen*, 119.
- 153 Van Rhijn, 'Beschouwingen over factoren', 20.
- 154 Blok, 'Wetenschap en wederopbouw, 1945-1965', in: G. Blok en J. Vijselaar, *Terug naar Endegeest. Patiënten en hun behandeling in het psychiatrisch ziekenhuis Endegeest 1897-1997* (Nijmegen 1998) 147-187.
- 155 T. v.d. Grinten, *De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Achtergrondstudie 1940-1952* (Utrecht 1987) 49.
- 156 Bakker, *Thuis opgenomen*, 21, 120/121.
- 157 Zo schreef de psychoanalytisch georiënteerde psychiater Fortanier in 1950 dat de acceptatie van de ingrijpende shockkuren voortkwam uit het verlangen naar de macht van psychiaters om te genezen. Volgens Fortanier waren medische rechtvaardigingen voor de shockkuren onzin. Het ware nut ervan was gelegen in het opwekken van een gevoel van totale afhankelijkheid bij de patiënt. In deze situatie had de psychiater dan eindelijk de macht die hij zo node miste in het therapeutisch proces, aldus Fortanier. Hij trok een parallel tussen psychiaters en magiërs uit primitieve culturen. Beiden zouden een rol ambiëren van 'meesters over leven en dood, bij machte om het kwaad te exorciseren'. A.H. Fortanier, 'Psychological backgrounds of some modern therapeutic methods', in: *Folia psychiatrica, neurologica et neurochirurgica* 53 (1950) 636-639.
- 158 J. van de Wetering de Rooij, 'Conferentia', *MGV* 35 (1970) 563-565.
- 159 Haveman, 'Nieuwe langverblijvers', 643. Het percentage mensen dat langer dan tien jaar in een inrichting verbleef was in 1970 47,5 en in 1977 41,4. Het percentage dat tussen de vijf en tien jaar opgenomen was, daalde in diezelfde periode van 11,5 tot 9,4.
- 160 A. Kerkhoven, *Beeld van de psychiatrie 1800-1970. Historisch bezit van de psychiatrische ziekenhuizen in Nederland* (Zwolle 1996) 231.
- 161 Zie hierover L. de Goei, *De psychohygiënist. Psychiatrie, cultuurkritiek en de beweging voor geestelijke volksgezondheid in Nederland, 1924-1970* (Nijmegen 2001).
- 162 Zijlstra geciteerd in: Blok, 'Droominstituut', 15.
- 163 Zie: Blok, 'Droominstituut'; Th.G. Lutters en W.C.M. Smits, *Het psychiatrisch ziekenhuis. Verblijf, behandeling en genezing van patiënten in de psychiatrische inrichting* (Amsterdam/Brussel 1968); Willemsen, *Van god los*, 297-300.
- 164 C.J.B.J. Trimbos, 'Perspektieven en wensen in de sociale psychiatrie', *MGV* 25 (1970) 248-262.
- 165 C.J.B.J. Trimbos, 'Nogmaals het "medisch model" in de psychiatrie', *MGV* 27 (1972) 311-324.
- 166 Het *Tijdschrift voor Psychiatrie* wijdde in 1972 een serie artikelen aan relatie- en gezinstherapie, geschreven door psychiater R. van Dijk.
- 167 Kuiper, *Hoofdsom*, 135.
- 168 *Ibidem*, 222.
- 169 B. Bruins, "'Er zijn zoveel manieren om jezelf te leren kennen". Joost Mathijssen over Ronald Laing', in: C. Trimbos (red.), *Dat wordt me te gek. De psychiatrie kritisch bekeken* (Amsterdam 1972) 155-165, aldaar 159.
- 170 Van 't Hof, 'Geschiedenis van Amstelland', 122.

- 171 J. v.d. Lande, 'Gezinsmiddagen op Amstelland', *MGV* 31 (1976) 3-14; Blok, "'Tall, spanking people'".
- 172 De film *Kind van de zon* werd ten dele op Amstelland gefilmd en enkele bewoners en een psychiater van deze afdeling (Django Sterman) speelden in de film een rol.
- 173 Van 't Hof, 'Geschiedenis van Amstelland', 106.
- 174 J. v.d. Lande, 'Adolescenten roepen gevoelens op', *Tijdschrift voor Psychiatrie* 15 (1973) 89-98, aldaar 94-95.
- 175 J. v.d. Lande, 'Gezinsmiddagen op Amstelland', in: J. v.d. Lande (red.), *Opgenomen in de groep. Psychotherapeutische gemeenschappen in Nederland* (Deventer 1982) 120-133, aldaar 123.
- 176 B. Gersons, *Acute psychiatrie* (Amsterdam 1995) 303.
- 177 P. Bierenbroodspot, 'Klinische psychotherapie van de psychotische patiënt: theoretische en technische aspecten', in: V.d. Lande (red.), *Opgenomen in de groep*, 91-119, aldaar 93-94.
- 178 Buwalda geciteerd in V.d. Padt, *Hoopvol bezorgd*, 13. Sociaal-psychiatrisch verpleegkundige Marijke Buwalda, die in 1974 in Vogelenzang haar opleiding tot psychiatrisch verpleegkundige afronde, herinnerde zich ook dat systeemtherapeut Onno van der Hart werkte in het Amsterdamse Dercksen centrum, een psychotherapeutisch dagcentrum. Hij was in de jaren zeventig een belangrijk pleitbezorger van de systeemtherapeutische methoden en denkbeelden.
- 179 Blok en Vijselaar, *Terug naar Endegeest*, 225-228.
- 180 Blok en Vijselaar, *Terug naar Endegeest*, 212.
- 181 Jacobs, *Basisfilosofie en werkwijze in praktijk*, 8.
- 182 Interview G. Blok met J. Schneider, 14 juni 1999.
- 183 Jacobs, *Basisfilosofie en werkwijze in praktijk*, 17.
- 184 Ibidem, 16.
- 185 L. Brok en R. Pluut, *Gezinstherapie op de grens; grenzen aan gezinstherapie* (intern rapport p.c. St. Willibrord 1982; met dank aan Karin Bakker).
- 186 F. Burger, 'Koffie is bijna het enige dat hier wordt verstrekt. De PAAZ, vijf jaar nieuwe praktijk in de psychiatrie', *De Nieuwe Linie* 7 juli 1976; A.J. Heerma van Voss, 'Snelle hulp bij psychische nood komt langzaam op gang', *Haagse Post* 9 mei 1972.
- 187 Burger, 'Koffie is bijna het enige dat hier wordt verstrekt'.
- 188 Heerma van Voss, 'Snelle hulp'.
- 189 Zie: C. de Swaan, *Wie het weet mag het zeggen. Verhalen van mensen die op een krisiscentrum geweest zijn* (Amsterdam 1976).
- 190 De Swaan, *Wie het weet mag het zeggen*, 42.
- 191 Ibidem, 132.
- 192 H. Elzerman, 'Opname in inrichting is niet altijd de oplossing', *Trouw*, 7 februari 1973.
- 193 G. Blok, 'Droominstituut', 11-43, 40-42.
- 194 Blok, "'Tall, spanking people'", 280-281.
- 195 Sturkenboom en Zijlstra, *Konflikt rond 4B*, 11.
- 196 Ibidem, 11.
- 197 Ibidem, 7.
- 198 Bakker en De Goei, *Een bron van zorg*, 297-299.
- 199 Ibidem, 299.
- 200 Zie G. Blok, 'De idylle raakt verstoord', in: Blok en Vijselaar (red.), *Weg van Welterhof*, 75-89, aldaar 77-79.
- 201 In het Rotterdamse psychiatrisch ziekenhuis Delta probeerden een psychiater en een psycholoog in samenspraak met de verpleging om de bewoners van het chronische paviljoen Ruimzicht te prikkelen tot meer activiteit. Ze kregen meer vrijheid en verantwoordelijkheden; zo werd het opdienen van het eten nu geheel aan hen overgelaten. Zie: Bakker e.a., *Delta: negentig jaar psychiatrie*, 125.
- 202 J. Busfield, 'Restructuring mental health services in twentieth century Britain', in: M. Gijswijt-Hofstra en R. Porter, *Cultures of psychiatry and mental health in postwar Britain and the Netherlands* (Atlanta/Amsterdam 1998) 9-28; G. Grob, *The mad among us. A history of the care of America's mentally ill* (New York 1994) 249-268.
- 203 Over de concrete activiteiten op de werkvloeren van psychiatrische inrichtingen in de jaren zeventig in Amerika en Engeland is niet veel bekend, maar zie bv. D. Gittins, *Madness in its place*.

- Narratives of Severalls hospital, 1913-1997* (Londen 1998); S. Sitton, *Life at the Texas State Lunatic Asylum, 1857-1997* (College Station 1999).
- 204 Geneeskundige Hoofdingspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, *Verslag over de jaren 1975-1976* (Den Haag 1978) 4.
- 205 Geneeskundige Hoofdingspectie, *Verslag 1969-1974*, 43.
- 206 Informatie van sociaal-psychiatrisch verpleegkundige H. de Vos, in: V.d. Padt, *Hoopvol bezorgd*, 151.
- 207 Blok en Vijselaar, *Terug naar Endegeest*, 232.
- 208 Vijselaar, 'Vrijheid, gelijkheid en broederschap', in: Vijselaar (red.), *Gesticht in de duinen*, 192-238, aldaar 222.
- 209 C. v.d. Eijk-Osterholt, 'De kinderen van de nacht. Chronisch psychiatrische patiënten: acht dingen die we kunnen doen', *De Groene Amsterdammer* 7 januari 1976.
- 210 W. J. Schudel, *Opgenomen... opgegeven? Een exploratief onderzoek naar het gebruik van bedden in psychiatrische ziekenhuizen* (Deventer 1976).
- 211 Citaat uit Blok en Vijselaar, *Terug naar Endegeest*, 231.
- 212 Opmerking van een verpleegkundige die in de jaren zeventig in deze instelling werkte, tijdens het witness-seminar 'Pillen in de psychiatrie' dat gehouden werd aan de Amsterdamse Vrije Universiteit op 8 juni 2001.
- 213 A. Ribberink, *Leidsvrouwen en zaakwaarnemers. Een geschiedenis van de actiegroep Man Vrouw Maatschappij (MVM) 1968-1973* (Hilversum 1998) 258-259; I. Weijers, 'De slag om Dennendal. Een terugblik op de jaren vijftig vanuit de jaren zeventig', in: P. Luykx en P. Slot (red.), *Een stille revolutie? Cultuur en mentaliteit in de lange jaren vijftig* (Hilversum 1997) 45-67, aldaar 62-63.
- 214 J.C. Kennedy, *Nieuw Babylon in aanbouw. Nederland in de jaren zestig* (Amsterdam/Meppel 1995) 145

6 'Vrijheid is therapeutisch'

- 1 A.M.G. Schmidt, *Otje* (Amsterdam, 19de druk 2001; oorspronkelijke uitgave 1980) 134.
- 2 Deze zeer populaire stickers en posters stamden uit 1974. R. v.d. Kroef/Historisch Onderzoeksburo Histodata, *25 jaar en nog steeds geen normaal mens ontmoet. Pandora, geschiedenis en beeldvorming* (Baarn 1990) 81.
- 3 J. v.d. Lande, *Kind van de zon. Naar aanleiding van de Nederlandse speelfilm van René van Nie* (Haarlem 1976; tweede druk 1977). Volgens de uitgeverij van het boek, Gottmer in Haarlem, hadden vele scholen de verkorte versie van *Kind van de zon*, die speciaal voor schoolvertoningen was gemaakt, aan hun leerlingen getoond en was er op scholen daardoor veel vraag ontstaan naar een boek over de film. Gottmer beval het boek in een brief aan bij docenten maatschappijleer. Archief Stichting Pandora, doos III, 'Kind van de zon', daarin een rondschriften van uitgeverij Gottmer aan directeurs van middelbare scholen en docenten maatschappijleer. Datum onbekend.
- 4 Archief Stichting Pandora, doos III, 'Kind van de zon'.
- 5 De bredere culturele context van deze periode blijft om pragmatische redenen grotendeels buiten beschouwing.
- 6 R. v.d. Hoofdakker, 'Wie is van rede... Opmerkingen naar aanleiding van Jan Foudraïne', *De Gids* 136 (1973), 374-394, aldaar 378.
- 7 P.J. Jongerius, 'Psychiatrie en publiciteit', *MGV* 28 (1973) 431-437, aldaar 433.
- 8 Geneeskundige Hoofdingspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, *Verslag over de jaren 1969 t/m 1974* (Den Haag 1976) 6.
- 9 Geneeskundige Hoofdingspectie, *Verslag 1969 t/m 1974*, 7.
- 10 Stotijn geciteerd in G. Blok en J. Vijselaar, *Terug naar Endegeest. Patiënten en hun behandeling in het psychiatrisch ziekenhuis Endegeest 1897-1997* (Nijmegen 1998) 203.
- 11 H. Rooijmans, 'Alternatieve psychiatrie', *TvP* 14 (1972) 213-222, aldaar 213.
- 12 A.J. Heerma van Voss, 'De geschiedenis van de gekkenbeweging. Belangenbehartiging en beeldvorming voor en door psychiatrische patiënten (1965-1978)', *MGV* 33 (1978) 398-428, aldaar 410.

- 13 C. Kersbergen, 'Van het inrichtingsbed naar de stoel van de beleidsmaker. De gekkenbeweging', in: J.W. Duyvendak e.a., *Tussen verbeelding en macht. 25 jaar nieuwe sociale bewegingen* (Amsterdam 1992) 199-213, aldaar 204.
- 14 Z.a., 'Psychiatrie', in: *Bulletin van de Cliëntenbond in de Welzijnszorg* 4 (augustus 1976) nr. 2, 7.
- 15 Z.a., *Bulletin van de Cliëntenbond in de Welzijnszorg* 7 (december 1979) nr. 6, 4.
- 16 R. v.d. Kroef/Historisch Onderzoeksburo Histodata, *25 jaar en nog steeds geen normaal mens ontmoet. Pandora, psychiatrie en beeldvorming* (Baarn 1990) 68-90.
- 17 Kersbergen, 'Van inrichtingsbed naar stoel van beleidsmaker', 203.
- 18 Zie: F. Parabirsing, 'De opkomst van de mondige patiënt', *Deviant* 10 (september 2003) nr. 38, 12-17. Egodocumenten die werden gepubliceerd tijdens de jaren zeventig en begin tachtig: Z.a., *Afgeschreven. Een patiënte schrijft haar psychiater* (Kampen 1979); P. Dacosta, *Ik ben Patricia Dacosta. Een klein dagboek* (Amsterdam 1977); A. Geldhof, *Heden geen medisch bezwaar* (Amsterdam 1977); J. Hanlo, *Zonder geluk valt niemand van het dak* (Amsterdam 1972); J. Isarin, *Eigenwaan. Psychiatrie als paradox* (Amsterdam 1984); E.P.M. Kipshagen, *De dood gaf mij leven. Verslag van een dieptepsychologisch proces* (Nijmegen 1978); W. Koopman, *Meester van het zwarte licht* (Rotterdam 1975); J. van Lemmer, *De inrichting. Dagboek voor mijn dochtertje* (Kampen 1975); R. Lebbink, *Maar tenslotte verlies je toch... De ongelijke strijd tussen patiënten en de psychiatrie* (Helmond 1979); E. Paull, *In het land der blinden. Een martelgang door de psychiatrie* (Bilthoven 1973); 'R.K.', *Simon ligt even te rusten. Verslag van een psychiatrische behandeling* (Amsterdam 1983); T. Roman, *Van harentwege verpleegd* (Amsterdam 1971); W. Roland, *Ik haat mijn psychiater* (Antwerpen 1978); E. Tellegen, *Waar was de dood nog meer... autografie van een psychose* (Bilthoven 1971); H. Vanmont, *Een lange hete zomer in het gekkenhuis. "Was ik maar van hout..."* (Den Haag 1974). Met dank aan F. Parabirsing.
- 19 Paull, *Land der blinden*, 201-202.
- 20 B. Fox e.a., *Psychiatrische tegenbeweging in Nederland* (Amsterdam 1983) 107 en 116. Tussen 1978 en 1980 werden op verschillende plaatsen in Nederland 'klachtenbureau's' opgezet, vaak op initiatief van de Cliëntenbond.
- 21 Informatie afkomstig uit interview G. Blok met F. Schrameijer, 8 juni 2000.
- 22 D. Breur geciteerd in A.J. Heerma van Voss, 'De geschiedenis van de gekkenbeweging', 398-428, aldaar 414.
- 23 Fox e.a. *Psychiatrische tegenbeweging*, 102.
- 24 Ibidem, 71.
- 25 Van Tilburg geciteerd in J. Halkes, 'Wetenschappelijk onderzoek en protocollering. Na 125 jaar is de Vereniging voor Psychiatrie volwassen', *Ypsilon Nieuus* (10) april 1996.
- 26 Interview G. Blok met H. Goudswaard, 2 juli 2003.
- 27 W. Wenekes, "Ik geef mensen helemaal geen houvast, ik sla ze juist alles uit handen." De permanente worsteling van drs. J.R.M. Maas, psychiater', *Vrij Nederland* 11 oktober 1975.
- 28 J. Rogier, *Pompe of verzuipen. Reflecties op het samenleven in een tbr-kliniek* (Amsterdam 1973).
- 29 J.R.M. Maas, *Bomen spreken* (Amsterdam 1973) 47. Het boek verkocht overigens goed; in februari 1974 verscheen al de zesde druk, in 1978 de twaalfde.
- 30 E. Tonkens, *Het zelfontplooiingsregime. De actualiteit van Dennendal en de jaren zestig* (Amsterdam 1999) 150-186.
- 31 Tonkens, *Zelfontplooiingsregime*, 180 en 184.
- 32 G. van Westerloo en T. Pollmann, 'Carel Muller: "Wat is het gewone werkleven lastig en saai"', *Vrij Nederland* 13 november 1976.
- 33 Redactioneel, *Gekkenkrant* 1 (april 1974) 3, 2.
- 34 K. Trimbo's, *Antipsychiatrie: een overzicht* (Deventer 1975).
- 35 Medewerkers van de afdeling preventie van wat begin jaren tachtig het Riagg in Maastricht zou worden, waren begin jaren zeventig naar eigen zeggen bijvoorbeeld sterk beïnvloed door de 'antipsychiater Trimbo's', die zou betogen 'dat de maatschappelijke structuur mensen onderdrukt, zodat deze niet de mogelijkheden hebben om volwassen te worden.' Zie: C. Cuypers en R. Opendakker, *Tussen bevologenheid en professie. De afdeling preventie in de Riagg Maastricht 1970-1995* (Maastricht 1995) 15-16.
- 36 K. Kesey, *En eenje zag ze vliegen* (Amsterdam 1973). Zesde druk 1978; vijftiende 1984.
- 37 H. ten Berghe, 'Jack Nicholson: komedie en tragedie tegelijk', *De Telegraaf* 16 april 1976.
- 38 E. Shorter, Een geschiedenis van de psychiatrie. Van gesticht tot Prozac (Amsterdam 1998) 235-246.

- 39 H. Binneveld en R. Wolf, *Een huis met vele woningen. Honderd jaar katholieke psychiatrie, Voorburg 1885-1985* (Den Bosch 1985) 164-165; Blok en Vijselaar, *Terug naar Endegeest*, 201.
- 40 Zie over het vrijwel verdwijnen van de behandeling met elektroshocks in de psychiatrische ziekenhuizen ook: C.Th. Bakker, 'De heer van 't Kyveland. Frederik Jacob Tolsma, geneesheer-directeur Maasoord/Deltaziekenhuis 1951-1974', in: C.Th. Bakker, G. Blok en J. Vijselaar, *Delta: negentig jaar psychiatrie aan de Oude Maas* (Utrecht 1999) 68-121, aldaar 112; N. de Boer en R. Mol, *Elektroshock. Terugkeer naar de harde psychiatrie* (Boskoop 1986).
- 41 De Boer en Mol, *Elektroshock*, 19.
- 42 I. van Bakel, 'Shocktherapie', *Bulletin van de Cliëntenbond* 3 (juni 1975) 9, 12-13.
- 43 F. van Ree, *Dicht op de huid. Een autobiografie* (Amsterdam 1990) 209-213. Later uitte Van Ree zich overigens genuanceerder en verwoordde hij de hoop dat de elektroshockbehandeling zo min mogelijk zou worden gebruikt.
- 44 Fox e.a., *Psychiatrische tegenbeweging*, 101-102.
- 45 Interview G. Blok met H. Goudswaard, 2 juli 2003.
- 46 De Boer en Mol, *Elektroshock*, 15; Kersbergen, 'Van inrichtingsbed naar stoel van beleidsmaker', 207.
- 47 Zie R. Abma en I. Weijers, *Een eeuw psychiater* (werktitel; het boek van Abma en Weijers zal naar verwachting in 2004 verschijnen), daarin hoofdstuk vijf, 'De belofte (1945-1970)', 12.
- 48 De term anti-antipsychiatrie staat bovenaan de bladzijden van het artikel van Wim Wennekes, 'Er zijn van die communes die een schizofreen als een soort huisdier houden. Psychiater Stolk, een man van het midden', 10 mei 1975, 7. Hij is ook te vinden in K. Trimbos, *Antipsychiatrie: een overzicht* (Deventer 1975) 98.
- 49 P.J. Stolk, *Een soort vuur. Verkenningen in de klinische psychiatrie* (Amsterdam 1975).
- 50 Stolk, *Soort vuur*, 10.
- 51 Ibidem, 19.
- 52 Ibidem, 220.
- 53 Ibidem, 27.
- 54 Ibidem, 166-167.
- 55 Ibidem, 168.
- 56 W. Wennekes, "Er zijn van die communes die een schizofreen als een soort huisdier houden". Psychiater P.J. Stolk, een man van het midden', *Vrij Nederland* 10 mei 1975.
- 57 J. Slangen, *Van Koningsplein naar Lazaruskap. Fragmenten uit de geschiedenis van psychiatrisch centrum Joris te Delft* (Delft 1994) 173-175.
- 58 Z.a., 'Antipsychiatrie laat patiënt verkommen. Medisch model hanteren', *de Volkskrant* 7 april 1978.
- 59 J. Dankers en J. v.d. Linden, *Van regenten en patiënten. De geschiedenis van de Willem Arntsz Stichting: Huis en Hoeve, Van der Hoeven kliniek en Dennendal* (Amsterdam 1996) 139-141.
- 60 S. van 't Hof, *Een ambt, hoog en subtiel... Psychiaters over psychiatrie 1971-1996* (Utrecht 1996) 19.
- 61 Bakker, 'De heer van 't Kyveland', 93.
- 62 E. Valenstein, *Blaming the brain. The truth about drugs and mental health* (New York 1998) 61.
- 63 Valenstein, *Blaming the brain*, 67.
- 64 D. Healy, 'Psychopharmacology 2000', in: H. Freeman (red.), *A century of psychiatry* (Londen 1999) 352-358, aldaar 354.
- 65 Shorter, *Geschiedenis van de psychiatrie*, 262-263.
- 66 Ibidem, 277.
- 67 Valenstein, *Blaming the brain*, 49.
- 68 M. Siegler en H. Osmond, *Models of madness, models of medicine* (New York 1977).
- 69 W. Gove (red.), *The labelling of deviance. Evaluating a perspective* (New York 1975).
- 70 G. Blok en J. Vijselaar, *Terug naar Endegeest*, 185.
- 71 Z.a., 'Mededeling interdisciplinair genootschap voor biologische psychiatrie', *Voordrachtenreeks* 8 (1966) 295.
- 72 H.M. van Praag, 'De betekenis van de psychofarmaca voor het biologisch-psychiatrische onderzoek', *Voordrachtenreeks* 7 (1965) 45-55.
- 73 H.M. van Praag en H.G.M. Rooijmans, *Stemming en ontstemming. Theorie en praktijk bij de diagnose en de behandeling van depressies* (Amsterdam 1974).
- 74 J. Vijselaar, 'Delta in de maalstroom. De woelige jaren van het Deltaziekenhuis', in: Bakker,

- Blok en Vijselaar, *Delta: Negentig jaar psychiatrie*, 121-167, aldaar 147-151.
- 75 Healy, 'Psychopharmacology 2000', 352-358; Shorter, *Geschiedenis van de psychiatrie*, 257-292.
- 76 Stotijn geciteerd in Blok en Vijselaar, *Terug naar Endegeest*, 203.
- 77 Abma en Weijers, *Een eeuw psychiater*, daarin hoofdstuk 6, 'De verwetenschappelijking van de psychiatrie', 5.
- 78 J. Foudraine, *Wie is van hout... Een gang door de psychiatrie* (Baarn 1980; 31ste druk. Eerste druk 1971) 39 en 438.
- 79 Z.a., 'Medicijnen', *Gekkenkrant* 1 (1974) 3, 10.
- 80 Interview G. Blok met H. Goudswaard, 2 juli 2003.
- 81 Z.a., 'Utrechtse studenten in staking tegen psychiatrie-onderwijs', *De Groene Amsterdammer* 2 maart 1977; Z.a., 'Aktie tegen "demonstraties" van psychiatrische patiënten', *De Groene Amsterdammer* 1 februari 1978.
- 82 H.M. van Praag, *Over de wetenschappelijke fundaties van de anti-psychiatrie* (Assen/Amsterdam 1978).
- 83 Van Praag lag niet alleen onder vuur van studenten. In juli 1978 beschuldigde socioloog Paul Schnabel, werkzaam aan het Nationaal Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid in Utrecht, de controversiële psychiater in het *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid* van plagiaat. Van Praag zou zijn betoog vrijwel geheel ontleend hebben aan het boek *The labelling of deviance* (1975) van de Amerikaanse hoogleraar sociologie Walter Gove. Van Praag noemde Gove in zijn oratie weliswaar als inspiratiebron, maar in feite had hij Gove's betoog vrijwel letterlijk op de voet gevolgd, toonde Schnabel voor diverse passage's uit de oratie aan. Ook de literatuuropgave van de oratie, betoogde Schnabel, was bijna letterlijk uit Gove's boek overgenomen. Bovendien vond Schnabel dat de antipsychiatrie niet gereduceerd kon worden tot de *labelling theory* en dat de betekenis van deze beweging bovendien niet stond of viel met haar wetenschappelijke status. Wat betreft de aantijging over de literatuurlijst gaf Van Praag toe: hij had zijn oratie geschreven tijdens een verblijf in Israël, en zijn kist met boeken, artikelen en kaartenbak was tijdens de terugreis verdwenen. Daarom had hij de titelbeschrijvingen overgenomen uit Gove. Hij had de literatuur echter wel degelijk zelf gelezen. Van Praag was boos dat Schnabel hem niet had gebeld of gesproken voordat hij zijn stuk schreef en ontkende plagiaat te hebben gepleegd. Hij had zijn schatplichtigheid aan Gove in zijn oratie immers wel degelijk genoemd. Hij vond bovendien dat Schnabel voorbijging aan de kern van zijn betoog: de antipsychiatrie heeft geen wetenschappelijk been om op te staan. Die conclusie stond nog overeind, aldus Van Praag. Hij vond ook nog steeds, dat de betekenis van de antipsychiatrie wél stond of viel met haar wetenschappelijke status. Anders bleef slechts ideologie over en daarvoor was geen plaats in een wetenschap als de geneeskunde. Uit: P. Schnabel, 'Een antiwetenschappelijke aanval op de antipsychiatrie. Over de Utrechtse oratie van prof.dr. H.M. van Praag', *MGV* 33 (1978) 429-441; en: H.M. van Praag, 'Over wetenschappelijke discussie gesproken', *MGV* 33 (1978) 442-445.
- 84 Z.a., 'Inaugurale rede hoogleraar geeft nieuwe onrust aan Utrechtse fakulteit', *De Groene Amsterdammer* 19 april 1978.
- 85 E.J. Boer, 'Antipsychiatrie: tijd is rijp om de bakens te verzetten', *NRC Handelsblad* 12 april 1978; R. Foppema, 'Afwijkend gedrag niet lichtvaardig als ziek geëtiketteerd', *Trouw* 12 april 1978.
- 86 Fox e.a., *Psychiatrische tegenbeweging*, 105-106.
- 87 Z.a., 'Psychiatrie voor de rechter', *'t Narreschip* 1 (1979) 2, 36-39, aldaar 38.
- 88 D. Breur, 'Wat is schizofrenie?', *Bulletin van de Cliëntenbond in de Welzijnszorg* 7 (april 1979) 27.
- 89 'Psychiatrie voor de rechter', *'t Narreschip* 1 (1979) 2, 36-39, aldaar 38. Ook de houding van de burgemeester (de 'wurgervader') van Utrecht werd gehekeld. Na de demonstratie zou die een brief hebben geschreven aan de Cliëntenbond waarin hij zei het schandalig te vinden dat ex-patiënten als Jacques werden 'meegetroond' naar demonstraties, omdat dat naar was gebleken grote risico's met zich meebracht.
- 90 T. Pollmann, "'Het hogere mag niet besmet worden door een verklaring vanuit het lichamelijke". Een omstreden hoogleraar over anti-psychiatrie, actiegroepen, de privacy van patiënten en over God', *Vrij Nederland* 1 juli 1978.
- 91 Van 't Hof, *Een ambt, hoog en subtiel...*, 20.
- 92 Z.a., 'Aksiegroep "Stop de bio-psychiatrie"', *'t Narreschip* 2 (februari 1980) nr. 4, 20-21. De aktiegroep bestond o.a. uit: Release Den Haag, enkele patiënten van PZ Bloemendaal, de bewo-

- nersraad St. Servatius uit Venray, psychiater Loek van der Post, en de groeperingen die het protest tegen het congres uit 1978 hadden gevoerd.
- 93 Van 't Hof, *Een ambt, hoog en subtiel...*, 20.
- 94 Z.a., 'Stop de bio-psychiatrie!', *Gekkenkrant* 7 (juni 1980) 28.
- 95 Pollmann, 'Het hogere'.
- 96 A. van Oosten, 'Vluchtpsychiatrie, luxe-hulp en psychohobby. Over de onbeheersbaarheid van de psychosociale hulpverlening', *MGV* 35 (1980) 216-228.
- 97 A.A.J.M. Beenackers, 'Discriminerende hulpverlening: een voorkeur voor relatieproblemen', *Tijdschrift voor Psychiatrie* 24 (1982) 36-49, aldaar 38.
- 98 Beenackers, 'Discriminerende hulpverlening', 44.
- 99 Josephine verbleef achtereenvolgens op de PAAZ in Overvecht, op een PAAZ in Blaricum, in de therapeutische gemeenschap De Viersprong in Halsteren, in psychiatrisch ziekenhuis Zon en Schild in Amersfoort en in het provinciale psychiatrische ziekenhuis Santpoort.
- 100 W. Brill, 'Mijn dochter en de psychiatrie', *MGV* 34 (november 1979) 738-744.
- 101 J. van de Lande en L. van Eck, 'Behandelde, familie, behandelaar', *MGV* 34 (november 1979) 746-751, aldaar 746.
- 102 Van de Lande en Van Eck, 'Behandelde, familie, behandelaar', 748.
- 103 Ibidem, 749.
- 104 Ibidem, 750.
- 105 G.M. de Boer, 'Reactie op Behandelde, familie, behandelaar', *MGV* 35 (januari 1980) 50; S. Tuijnier, 'Reactie op Behandelde, familie, behandelaar', *MGV* 35 (januari 1980) 53-54.
- 106 L. Willet, 'Reactie op Behandelde, familie, behandelaar', *MGV* 35 (januari 1980) 51-53.
- 107 P. Bolderhey, 'Reactie op Behandelde, familie, behandelaar', *MGV* 35 (februari 1980) 152-154, aldaar 154.
- 108 S. Anstadt, *Al mijn vrienden zijn gek. De dagen van een schizofrene jongen* (Den Haag 1985, 8ste druk) 52.
- 109 Anstadt, *Mijn vrienden zijn gek*, 57.
- 110 Ibidem, 60.
- 111 Ibidem, 68.
- 112 A. Dercksen en S. van 't Hof, *Erkenning gevraagd. Organisaties van patiënten, cliënten en hun familie in de geestelijke gezondheidszorg* (Utrecht 1996) 11; *Nieuwsbrief Ypsilon* 2 (juni 1987) 21.
- 113 De ervaringen van veel van de vrouwen die de vereniging in 1984 oprichtten, dateren van veel eerder, in het bijzonder uit de jaren zeventig.
- 114 E. de Jong, 'Interview met Ria van der Heijden', in: *De 43ste april. Kroniek van het dagelijks leven in de omgeving van psychiatrische patiënten* (eenmalige uitgave 13 mei 1987) 31-33, aldaar 32.
- 115 A. Lange, *Gedragsverandering in gezinnen* (Groningen 1994) 46-47.
- 116 Selvini Palazzoli geciteerd in Blok en Vijselaar, *Terug naar Endegeest*, 200.
- 117 Lange, *Gedragsverandering in gezinnen*, 47.
- 118 *Nieuwsbrief Ypsilon* 2 (1987), 12.
- 119 *Nieuwsbrief Ypsilon* 5 (1990), 48.
- 120 Z.a., 'Familie psychiatrische patiënten klaagt haar nood', *Nieuwsbrief Ypsilon* (1988) 21-24; *Ypsilon, Onze schizofreniepatiënten. Wat er met hen gebeurt. Noodkreet, zwartboek, eisenpakket* (Rotterdam 1989).
- 121 *Nieuwsbrief Ypsilon* 3 (1988) 10-11.
- 122 R. van Meer, 'Steunende gezinsbehandeling bij schizofrenie', *MGV* 41 (1986) 867-877.
- 123 R. van Meer, *Leven met schizofrenie. Een handleiding voor familie, vrienden en andere betrokkenen* (Amsterdam 1987).
- 124 A.J. Heerma van Voss, 'Het eigen belang van ouders in de psychiatrie', in: A.J. Heerma van Voss, *De haas en de jager. Psychische stukken* (Amsterdam 1993) 140-144, aldaar 141. Dit artikel verscheen eerder, in 1986, in het *MGV*.
- 125 Lange, *Gedragsverandering in gezinnen*, 492-495.
- 126 Zie bv.: R. v.d. Bosch e.a. (red.), *Schizofrenie. Recente ontwikkelingen in onderzoek en behandeling* (Deventer 1988); W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin en P.M.G. Emmelkamp, *Handboek psychopathologie. Deel 1. Basisbegrippen* (Houten 1994, tweede druk; oorspronkelijke uitgave 1990) 44-47.
- 127 Citaat *Gekkenkrant* in: G. Blok, 'Enkele reis op z'n retour. Santpoort en het Amsterdamse Mo-

- del', in: J. Vijselaar (red.), *Gesticht in de duinen. De geschiedenis van de provinciale psychiatrische ziekenhuizen van Noord-Holland van 1849 tot 1994* (Hilversum 1997) 238-268, aldaar 243.
- 128 F. Schrameijer, 'Veel is te gek gebeven. Vijf jaar aktie in de Nederlandse psychiatrie', *De Groene Amsterdammer* 22 februari 1978.
- 129 Interview G. Blok met J. Foudraine, 19 november 1997.
- 130 In hun boek over de psychiatrische tegenbeweging schreven Fox e.a.: 'Toch [ondanks het succes van zijn boek, G.B.] sloot Foudraine zich niet aan bij een kritische beweging van werkers en patiënten. Weerklank voor zijn ideeën verwachtte hij in de eerste plaats bij zijn vakgenoten. Toen dit uitbleef wendde hij zich teleurgesteld af van de psychiatrie.' Zie: Fox e.a., *Psychiatrische tegenbeweging*, 54.
- 131 S. Deva Amrito/J. Foudraine, *Oorspronkelijk gezicht. Een gang naar huis* (Baarn 1979) 49.
- 132 J. van Slooten, 'Hoe democratisch is de anti-psychiatrie? Het congres in Leuven', *Haagse Post* 24 oktober 1981.
- 133 Zie ook de congresbundel, E. Penen (red.), *Strategie van de kleinschaligheid. Theorie en praktijk van de av-antipsychiatrie* (Leuven 1982).
- 134 Van Slooten, 'Hoe democratisch is de anti-psychiatrie', 61.
- 135 M. Donnelly, *The politics of mental health in Italy* (New York 1992) 62-80.
- 136 Blok, 'Enkele reis op z'n retour', 244.
- 137 Donnelly, *Politics of mental health*, 71-81.
- 138 Ibidem, 75.
- 139 Ibidem, 88. Tussen 1955 en 1970 was de gestichtsbefolking ook al gedaald, van 909.000 naar 825.000.
- 140 Ibidem, 52-61.
- 141 A. v.d. Beek, A. ter Laak en R. Rijkschroeff, 'Demokratische psychiatrie in Nederland. Verslag van een aktieonderzoek in een psychiatrische inrichting', *Psychologie en Maatschappij* 12 (september 1980) 354-383.
- 142 Zie over dit paard ook Donnelly, *Politics of mental health*, 67.
- 143 G. Mak, 'Afscheid van de sleutelbossen en de witte jassen. De wonderbaarlijke uittocht uit de psychiatrische inrichting San Giovanni', *De Groene Amsterdammer* 22 februari 1978, 10-12.
- 144 M. Janssen, 'De psychiatrische tegenbeweging', *De Vrije. Anarchistisch maandblad* (1983) nr. 4, 9-13, aldaar 11.
- 145 Z.a., z.t., *Gekkenkrant*, 6 (augustus 1979) 55, 6-11.
- 146 I. Ang en A. Tuinier, 'Antipsychiatrie. Voorwoord bij het themagedeelte', *Psychologie en Maatschappij* 12 (september 1980) 295-301, aldaar 298.
- 147 Janssen, 'Psychiatrische tegenbeweging', 9. Hij noemt zeven Wegloophuizen in 1983, maar in dat jaar werd ook nog het Rotterdamse Wegloophuis opgericht. Zie J. Vijselaar, 'Delta in de maalstroom. De woelige jaren van het Deltaziekenhuis 1975-1985', in: C.Th. Bakker, G. Blok en J. Vijselaar, *Delta: Negentig jaar psychiatrie aan de Oude Maas* (Utrecht 1999) 121-167, aldaar 143.
- 148 *Gek'ooit* 1 (januari 1982) 14-15 en 23.
- 149 In hun blad *Maffia* noemde de Werkgroep het psychiatrisch ziekenhuis een instrument van het onderdrukkende kapitalistisch systeem. Zo schreef men: 'De traditionele psychiatrie bestempelt mensen [die zich niet kunnen of willen aanpassen] als geestesziek, waardoor ze monddood worden gemaakt. In afgelegen mediese gevangenissen, die tegenwoordig psychiatrische ziekenhuizen heten worden ze weggestopt. (...) Dit asociale proces van uitstoting van mensen die in hun omgeving vastgelopen zijn, dient echter te worden stopgezet.' Citaat uit een publicatie over het Wegloophuis Rotterdam uit 1981, aangehaald in Vijselaar, 'Delta in maalstroom', 141.
- 150 Citaat uit *Maffia Special* 1981, aangehaald in Vijselaar, 'Delta in maalstroom', 142.
- 151 Citaat van H. Jansen en W. Sengers, de auteurs van het pamflet *Delta Dicht*, geciteerd in Vijselaar, 'Delta in maalstroom', 145.
- 152 Vijselaar, 'Delta in maalstroom', 160.
- 153 J. Vijselaar, "'Rationeel behandelen, respectvol bejegenen". Delta Psychiatrisch Ziekenhuis 1985-1999', in: Bakker, Blok en Vijselaar, *Delta: Negentig jaar psychiatrie*, 167-181, aldaar 172.
- 154 Blok, 'Enkele reis op z'n retour'.
- 155 M. Janssen geciteerd in Blok, 'Enkele reis op z'n retour', 245.
- 156 Schrameijer geciteerd in ibidem, 248.

- 157 Ibidem, 246-249.
 158 Ibidem, 247.
 159 Wegloophuis Rotterdam, *Eindevaluatie experiment Wegloophuis Psychiatrie Rotterdam* (Rotterdam 1985) 9.
 160 Wegloophuis Rotterdam, *Eindevaluatie*, 39-40.
 161 T.A. Meijers, *Het Wegloophuis Psychiatrie Utrecht. Een evaluatie onderzoek* (Utrecht 1988) 14.
 162 J. Andrews, 'R.D. Laing in Scotland: facts and fictions of the "Rumpus Room" and interpersonal psychiatry', in: M. Gijswijt-Hofstra en R. Porter (red.), *Cultures of psychiatry and mental health care in postwar Britain and the Netherlands* (Atlanta/Amsterdam 1998) 121-150.
 163 Foudraine, *Wie is van hout*, 442.
 164 Ibidem, 448-449

7 Conclusies

- 1 Dit is een gefingeerde naam. Wouter de Haan werd door mij geïnterviewd voor het gedenkboek ter ere van het 25-jarig bestaan van Welterhof, G. Blok en J. Vijselaar (red.), *De weg van Welterhof. 25 jaar psychiatrie in Oostelijk Zuid-Limburg* (Utrecht 1999). Daarin wordt De Haan geciteerd op de pagina's 71-72 en 100.
 2 G. Blok, 'Proefmaatschappij in de duinen', in: J. Vijselaar (red.), *Gesticht in de duinen. De geschiedenis van de provinciale psychiatrische ziekenhuizen van Noord-Holland van 1849 tot 1994* (Hilversum 1997) 122-151, aldaar 134 en 140.
 3 Groepsgesprek in lokatie Brinkgreven van Stichting Adhesie o.l.v. G. Blok, op 30 juni 2003. Aanwezig waren de geneesheer-directeur R. ten Doesschate, verpleegkundig directeur P. Koopman, A-opleider L. Timmerman, andragoge S. Beens en verpleegkundige D. Stevenz, werkzaam op de opnameafdeling Schroeder van der Kolk.

Epiloog: de erfenis van de kritische psychiatrie

- 1 Citaat afkomstig uit het groepsgesprek op Brinkgreven, 30 juni 2003 (zie Conclusies, noot 3).
 2 Zie: www.nvvp.net
 3 Citaat afkomstig uit het groepsgesprek op Brinkgreven, 30 juni 2003 (zie noot Conclusies, noot 3).
 4 www.anoiksis.nl/voorpagina.htm
 5 N. Andreasen, *Schitterend nieuw brein. Psychiatrie in het tijdperk van het genoom* (Amsterdam 2002; vertaling van *Brave new brain. Conquering mental illness in the era of the genome*, 2001) 311.
 6 Ibidem, 204.
 7 Zie hierover bv. G. Blok, 'Post-traumatisch pragmatisme', in: G. Blok en J. Vijselaar (red.), *De weg van Welterhof. 25 jaar psychiatrie in Oostelijk Zuid-Limburg* (Utrecht 1998) 89-122, aldaar 105-106; S. van 't Hof, *Een ambt, hoog en subtiel... Psychiaters over psychiatrie 1971-1996* (Utrecht 1996) 36.
 8 Programma van het dertigste voorjaarscongres van de NVVP, pagina 9, te vinden op www.nvvp.net.
 9 R. Kahn, *Gids pillen en psychiatrie. Ziektebeelden, herkenning, behandeling, geneesmiddelen, bijwerkingen* (Amsterdam 1997) 37.
 10 Ibidem, 1-2.
 11 Taakgroep Profielschets Psychiater, *Profielchets psychiater. Rapport van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie* (Utrecht 1996) 10-11.
 12 Ibidem, 12.
 13 Ibidem, 16.
 14 Informatie uit groepsgesprek G. Blok met medewerkers Brinkgreven, zie Conclusies, noot 3.
 15 R.F. Koning en J.E.A. Wagenborg, 'Het follow-up project Psychotherapeutische Gemeenschappen (10): slotpublicatie', *TvP* 30 (1988) 659-678.

- 16 Ibidem, 662.
- 17 M.S. Vos en H. van Berkestijn, 'De geschiedenis van de opleiding tot psychiater in Nederland', *TvP* 35 (1993) 19-32, aldaar 32. Nieuwe opleidingseisen stelden dat er circa 200 uur aan onderwijs in de psychotherapie moest worden besteed, tegen 80 uur onderwijs in de biologische psychiatrie en 40 uur sociale psychiatrie.
- 18 Zie bijvoorbeeld de voorlichting over psychische stoornissen en hun behandeling op de site van de NVVP: www.nvvp.nl.
- 19 Zie bv. het toonaangevende boek van A. Lange, *Gedragsverandering in gezinnen* (Groningen 1994).
- 20 Koning en Wagenborg, 'Follow-up project', 667.
- 21 *Nieuwsbrief CPK* nr. 3, maart 1999, 5.
- 22 M.A.J. Romme en M.A.C. Escher, *Stemmen horen accepteren. Verschillende manieren van omgaan met stemmen in je hoofd* (Baarn 1999).
- 23 M. de Boo, 'Klinkende stemmen. Serius nemen van gehoorshallucinaties is beter dan negeren', *NRC Handelsblad* 9-10 maart 2002, 33; J.A. Jenner, *Directieve interventies in de acute en de sociale psychiatrie* (Assen 1995) 179.
- 24 De opleiding tot sociaal-psychiatrisch verpleegkundige verving het oude 'nazorg'-certificaat.
- 25 G. Hutschemaekers en L. Neijmeijer, *Beroepen in beweging. Professionalisering en grenzen van een multidisciplinaire GGZ* (Houten 1998) 167-180.
- 26 M. Janssen, 'Een gestoord beeld. Psychiatrie en de media', *Deviant* 6 (december 1999) 4-7.
- 27 M. Langelaan, 'Het gevaar van sprookjes', *Psy. Tijdschrift over de geestelijke gezondheidszorg* 3 (2 december 1999) 30-32.
- 28 P. Witteman, *Opgenomen. Witteman bij de psychiater* (Amsterdam 1995) 17-26.
- 29 Ibidem, 21.
- 30 Zie bv. F. Bos, *Berichten uit het laboratorium van de samenleving over de ervaringen met depressie en antidepressiva* (Amsterdam 2002); T. Pieters e.a., *Pillen en psyche: culturele eb en vloedbewegingen. Medicamenteus ingrijpen in de psyche* (Den Haag 2002). Deze moderne antidepressiva zouden specifiek in kunnen grijpen op relevante neurotransmittersystemen, zoals dat van serotonine. Ook zouden ze beter werken en minder bijwerkingen hebben dan traditionele antidepressiva.
- 31 P. Kramer, *Prozac, of hoe een geneesmiddel je persoonlijkheid kan verbeteren* (Amsterdam 1994; vertaling van *Listening to Prozac*, 1993).
- 32 E. Brunt, *De breinstorm. Over depressie en Prozac* (Amsterdam/Antwerpen 1994).
- 33 C. Dresselhuis, "'Gebrek aan angst maakt een mens niet gelukkig". René Kahn langs de feministische meetlat', *Opzij* 26 (juli/augustus 1998) 132-137, aldaar 137.
- 34 G. Blok, 'Biologie, van vijand tot bondgenoot'. Ongepubliceerde lezing gehouden op het door het vU-podium georganiseerde symposium Pillen voor de ziel (Amersfoort 1999).
- 35 W. Hanegraaff, *New Age religion and western culture. Esotericism in the mirror of secular thought* (Leiden/New York/Keulen 1996).
- 36 Hanegraaff, *New Age religion*, 243.
- 37 Zoals R. Abma het uitdrukt in 'Back to normal. Opkomst en ondergang van de psy-kritiek', in: P. Kuypers (red.), *Het verlangen naar openheid. Over de psychologisering van het alledaagse* (Amsterdam 1995) 75-85, aldaar 77.
- 39 A. Dercksen en S. van 't Hof, *Erkenning gevraagd. Organisaties van patiënten, cliënten en hun familie in de geestelijke gezondheidszorg* (Utrecht 1996).
- 40 C. Kersbergen, 'Van het inrichtingsbed naar de stoel van de beleidsmaker. De gekkenbeweging', in: J.W. Duyvendak e.a., *Tussen verbeelding en macht. 25 jaar nieuwe sociale bewegingen* (Amsterdam 1992) 199-213, aldaar 210.
- 41 Zie diverse verhalen van cliënten in: Romme en Escher, *Stemmen horen accepteren*.
- 42 J. Boom en W. Fraanje, 'Vluchten voor het zottenkot', *De Groene Amsterdammer* 29 juli 2000. Te vinden op www.groene.nl/archief.
- 43 H. v.d. Zee en C. Smit, 'Gewoon wat "echte" aandacht', *Bulletin van de Cliëntenbond* 1999, te vinden op www.clientenbond.nl/bulletin/bpp_2
- 44 R. Kragten, *Bejegening in de G.G.Z. Cliënten in de geestelijke gezondheidszorg aan het woord over bejegening* (Utrecht 2002, zevende druk; eerste druk 1998).

- 45 M. Gijswijt-Hofstra, 'Within and outside the walls of the asylum: caring for the Dutch mentally ill, 1884-2000', ongepubliceerd paper voor de internationale workshop *Cultures of psychiatry and mental health care in the twentieth century*, Amsterdam 18 – 20 September 2003, 29-34.
- 46 Van 59 procent in 1980 tot 72 procent in 1996. Gijswijt-Hofstra, 'Within and outside the walls of the asylum', 31.
- 47 Redactioneel, *Deviant*, 1994, 1 nr. 1, 3.
- 48 D. Kal, *Kwartiermaken. Werken aan ruimte voor mensen met een psychiatrische achtergrond* (Amsterdam 2001) 24-25.
- 49 Kal, *Kwartiermaken*, 21.
- 50 I. Mans, 'Problemen met de ambulante psychiatrie', *Deviant* 8 (december 2001) 22-27. Te vinden op <http://home.planet.nl/~deviant/Archief2001.htm>.
- 51 J. Vijselaar, 'Epiloog', in: J. Vijselaar (red.), *Gesticht in de duinen. De geschiedenis van de provinciale psychiatrische ziekenhuizen van Noord-Holland van 1849 tot 1994* (Hilversum 1997) 268-283, aldaar 279.

Geïnterviewde personen

Ader, H., 8 mei 2001
Beens, S., 17 oktober 2001/30 juni 2003
Boersma, B., 10 maart 2000
Bont, C. de, 1 juni 2001
Bredewold, A., 13 december 2000
Bunt, J., 11 april 2000
Doesschate, R. ten, 30 juni 2003
Eekhuis, M., 3 december 2001
Florestein, G. van, 2 maart 2000
Goudswaard, H., 2 juli 2003
Heer, H. de, 18 oktober 2001
Heerma van Voss, A.J., 18 augustus 2000
Hendrickx, P., 18 december 2000
Kienhorst, G., 31 januari 2001
Koehoorn, J., 6 november 2000
Koopman, P., 30 juni 2003
Mars, A., 29 mei 2001
Nijenhuis, A., 20 november 2001
Nispen, A. van, 15 juni 2001
Overeem, E. van, 18 oktober 2000
Palm, G., 9 februari 2001
Prins, J., 2 oktober 2001
Rondagh, F., 9 oktober 2000
Schneider, J., 14 juni 1999
Schrameijer, E., 8 juni 2000
Sollie, J., 6 juni 2002
Spruit, P., 30 oktober 2000
Stevenz, D., 30 juni 2003
Tenten, H., 2 mei 2001
Timmerman, L., 30 juni 2003
Timmermans, G., 1 juni 2001
Weidema, H., 31 januari 2001
Wielhouwer, A., 31 mei 2001
Woude, H. v.d., 24 januari 2001

Archieven

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) te Utrecht

Bestuursarchief 1971- , aanwezig op het secretariaat van de NVvP in het KNMG-gebouw te Utrecht

Nationaal Archief te 's-Gravenhage

Archief van de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, 1941-1

Internationaal Instituut voor Sociale Geschiedenis te Amsterdam

Archief 'Gekkenbeweging. Collectie 1970-1983'

Archief 'Simen de Jong, 1965-1977'

Archief 'Alternatieve hulpverlening, 1971-1981'

Stichting Adhesie, lokatie Brinkgreven te Deventer

Directiearchief Brinkgreven

Medisch archief Brinkgreven

Stichting Pandora te Amsterdam

Archief Stichting Pandora

Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport te 's-Gravenhage

Archief ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk

- 1 Dit archief bevond zich overigens in november 2003 nog in Winschoten, bij de Centrale Archief Selectiedienst, waar het in 2001 ook is geraadpleegd door mij, maar het zal naar verwachting in de winter van 2003/2004 verhuisd worden naar het Nationaal Archief in Den Haag. De nummering in dit boek van de gebruikte dossiers uit dit archief komt overeen met de inventaris op het archief van de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid zoals die naar het Nationaal Archief zal worden gezonden

Literatuur

Afkortingen

MGV Maandblad Geestelijke volksgezondheid

NTVP Nederlands Tijdschrift voor Psychiatrie

TvP Tijdschrift voor Psychiatrie

Voordrachtenreeks Voordrachtenreeks van de Nederlandse vereniging voor psychiaters in dienstverband

A.P., 'Family Life', *Het Vrije Volk* 2 mei 1973.

Abma, R., 'Back to normal. Opkomst en ondergang van de psy-kritiek', in: P. Kuypers (red.), *Het verlangen naar openheid. Over de psychologisering van het alledaagse* (Amsterdam 1995) 75-85.

Abma, R., en I. Weijers, *Een eeuw psychiater* (werktitel van een in 2004 te verschijnen boek).

Andreasen, N., *Schitterend nieuw brein. Psychiatrie in het tijdperk van het genoom* (Amsterdam 2002; vertaling van *Brave new brain. Conquering mental illness in the era of the genome*, 2001).

Andrews, J., 'R.D. Laing in Scotland: facts and fictions of the 'Rumpus Room' and interpersonal psychiatry', in: M. Gijswijt-Hofstra en R. Porter (red.), *Cultures of psychiatry and mental health care in postwar Britain and the Netherlands* (Atlanta/Amsterdam 1998) 121-150.

Ang, I., en A. Tuinier, 'Antipsychiatriesimo. Voorwoord bij het themagedeelte', *Psychologie en Maatschappij* 12 (september 1980) 295-301.

Anstadt, S., *Al mijn vrienden zijn gek. De dagen van een schizofrene jongen* (Den Haag 1983).

Arendshorst, D., 'Het failliet van de alternatieve hulpverlening', *De Groene Amsterdammer* 5 februari 1972.

Assendorp, H., 'Redactioneel', in: *Nieuwsbrief, tweemaandlijks mededelingenblad van de Vereniging van Werkers in Psychotherapeutische Gemeenschappen* 11 (november 1984) 1.

Bakel, I. van, 'Shocktherapie', *Bulletin van de Cliëntenbond* 3 (juni 1975) 9, 12-13.

Bakker, C.Th., 'De heer van 't Kyveland. Frederik Jacob Talsma, geneesheer-directeur Maasoord/Deltaziekenhuis', in: C.Th. Bakker, G. Blok, en J. Vijselaar, J., *Delta: negentig jaar psychiatrie aan de Oude Maas* (Utrecht 1999) 68-121.

Bakker, C.Th., G. Blok, en J. Vijselaar, J., *Delta: negentig jaar psychiatrie aan de Oude Maas* (Utrecht 1999).

Bakker, C.Th., en L. de Goei, *Een bron van zorg en goede werken. Geschiedenis van de geestelijke gezondheidszorg in Noord-Holland-Noord* (Amsterdam 2002).

Bakker, C.Th., en H. v.d. Velden, *Geld en gekte. Verkenningen in de kosten en baten van de GGZ (1890-2000)* (ongepubliceerd onderzoeksverslag, versie september 2003).

Bambang Oetomo, R., *Van asyl tot revalidatiecentrum. De opkomst en doorwerking van de resocialiseringsgedachte in Nederlandse psychiatrische inrichtingen* (Groningen 1970).

Bastiaans, J., en J.J. Groen, 'The present development of psychiatry and its consequences for the training of future psychiatrists', *Psychiatria, Neurologica et Neurochirurgica* 73 (1970) 405-411.

Beek, A. v.d., A. ter Laak, en R. Rijkschroeff, 'Demokratiese psychiatrie in Nederland. Verslag van

- een aktieonderzoek in een psychiatrische inrichting', *Psychologie en Maatschappij* 12 (september 1980) 354-383.
- Beenackers, A.A.J.M., 'Discriminerende hulpverlening: een voorkeur voor relatieproblemen', *TvP* 24 (1982) 36-49.
- Belzen, J. van, *Gezondheid, ziekte en psychiatrie volgens H.C. Rümke* (Zeist 1988).
- Berg, L. v.d., *Rijp voor paviljoen III. Krankezin in Amsterdam vanaf 1565* (Amsterdam 1989) 66.
- Berg, J. v.d., 'Opleiden tot veranderaar. Een nieuw model in groep 34', *Té gek om los te lopen. Eenmalige krant voor het seminar "Té gek om los te lopen"*, 17 september 1970, 3.
- Bergh, J. v.d. e.a., *Verbeter de mensen, verander de wereld. Een verkenning van het welzijnsvraagstuk vanuit de geestelijke gezondheidszorg* (Deventer 1970).
- Berghe, H. ten, 'Jack Nicholson: komedie en tragedie tegelijk', *De Telegraaf* 16 april 1976.
- Berke, J., *Mary Barnes: two accounts of a journey through madness* (Londen 1971).
- Berne, E., *Mens erger je niet: de psychologie van de intermenselijke verhoudingen* (Den Haag 1967; vertaling van *Games People Play, The psychology of human relationships*, 1964).
- Bertina, B.J., 'Communicatie-kloof in beeld gebracht', *de Volkskrant* 25 februari 1975.
- Betlem T., en W. Renes, 'Als een judas heeft ze me verraden', *Nieuwe Revu* 1973 (precieze datum onbekend).
- Beugen, M. van, 'Het gezin: leven in groepsverband', in: R. Roegholt (red.), *Ik, jij, wij allemaal. Relaties met anderen* (Deventer 1975).
- Bibeb, 'Interview met Jan Foudraïne', *Vrij Nederland* 28 november 1981.
- Bierenbroodspot, P., *De therapeutische gemeenschap en het traditionele ziekenhuis* (Meppel 1969).
- Bierenbroodspot, P., 'Klinische psychotherapie van de psychotische patiënt: theoretische en technische aspecten', in: J. v.d. Lande (red.), *Opgenomen in de groep. Psychotherapeutische gemeenschap in Nederland* (Deventer 1982) 91-119.
- Binneveld, H., en R. Wolf, *Een huis met vele woningen. Honderd jaar katholieke psychiatrie, Voorburg 1885-1985* (Den Bosch 1985).
- Bleeker, C., 'Patiëntendemonstraties in de psychiatrie', *MGV* 29 (1974) 270-271.
- Bloemsma, F., 'Dysfuncties van het medische en medisch-therapeutische model in de psychiatrie', *NTvP* 12 (1970) 353-361.
- Blok, G., 'Enkele reis op z'n retour', in: J. Vijselaar (red.), *Gesticht in de duinen. De geschiedenis van de provinciale psychiatrische ziekenhuizen van Noord-Holland van 1849 tot 1994* (Hilversum 1997) 238-268.
- Blok, G., 'Onze kleine wereld (1945-1965)', in: J. Vijselaar (red.), *Gesticht in de duinen. De geschiedenis van de provinciale psychiatrische ziekenhuizen van Noord-Holland van 1849 tot 1994* (Hilversum 1997) 166-192.
- Blok, G., 'Proefmaatschappij in de duinen (1918-1940)', in: J. Vijselaar (red.), *Gesticht in de duinen. De geschiedenis van de provinciale psychiatrische ziekenhuizen van Noord-Holland van 1849 tot 1994* (Hilversum 1997) 122-151.
- Blok, G., "'Messiah of the schizophrenics": Jan Foudraïne and anti-psychiatry in the Netherlands', in: M. Gijswijt-Hofstra en R. Porter (red.), *Cultures of psychiatry and mental health care in post-war Britain and the Netherlands* (Atlanta/Amsterdam 1998) 151-169.
- Blok, G., 'De bomen groeiden tot in de hemel', in: G. Blok en J. Vijselaar (red.), *De weg van Welterhof. 25 jaar psychiatrie in Oostelijk Zuid-Limburg* (Utrecht 1998) 43-73.
- Blok, G., 'De idylle raakt verstoord', in: G. Blok en J. Vijselaar (red.), *De Weg van Welterhof. 25 jaar psychiatrie in Oostelijk Zuid-Limburg* (Utrecht 1998) 75-89.
- Blok, G., 'Een droominstituut', in: G. Blok en J. Vijselaar (red.), *De weg van Welterhof. 25 jaar psychiatrie in Oostelijk Zuid-Limburg* (Utrecht 1998) 11-43.
- Blok, G., 'Post-traumatisch pragmatisme', in: G. Blok en J. Vijselaar (red.), *De weg van Welterhof. 25 jaar psychiatrie in Oostelijk Zuid-Limburg* (Utrecht 1998) 89-122.
- Blok, G., 'In een stroomversnelling', in: G. Blok en J. Vijselaar, *Terug naar Endegeest. Patiënten en hun behandeling in het psychiatrisch ziekenhuis Endegeest 1897-1997* (Nijmegen 1998) 193-243.
- Blok, G., 'Wetenschap en wederopbouw, 1945-1965', in: G. Blok en J. Vijselaar, *Terug naar Endegeest. Patiënten en hun behandeling in het psychiatrisch ziekenhuis Endegeest 1897-1997* (Nijmegen 1998) 147-187.
- Blok, G., en J. Vijselaar, *Terug naar Endegeest. Patiënten en hun behandeling in psychiatrisch ziekenhuis Endegeest 1894-1994* (Nijmegen 1998).

- Blok, G., 'Biologie, van vijand tot bondgenoot'. Ongepubliceerde lezing gehouden op het door het VU-podium georganiseerde symposium *Pillen voor de ziel* (Amersfoort 1999).
- Blok, G., en J. Vijselaar (red.), *De weg van Welterhof. 25 jaar psychiatrie in Oostelijk Zuid-Limburg* (Utrecht 1999).
- Blok, G., 'De stem van de kritische patiënt. De geschiedenis van de psychiatrie in ego-documenten', *Psy. Tijdschrift over de geestelijke gezondheidszorg* 4 (19 oktober 2000) 37-39.
- Blok, G., "Tall, spanking people". The idealisation of adolescents in a Dutch therapeutic community', in: M. Gijswijt-Hofstra en H. Marland (red.), *Cultures of child health in Britain and the Netherlands in the twentieth century* (New York/Amsterdam 2003) 265-287.
- Blokker, J., 'Wie is van het houtje', in: J. Blokker, *Ben ik eigenlijk wel links genoeg?* (Amsterdam 1974) 22-24.
- Boer, N. de en R. Mol, *Elektroshock. Terugkeer naar de harde psychiatrie* (Boskoop 1986).
- Boer, G.M. de, 'Reactie op Behandelde, familie, behandelaar', *MGV* 35 (januari 1980) 50.
- Boer, E.J., 'Antipsychiatrie: tijd is rijp om de bakens te verzetten', *NRC Handelsblad* 12 april 1978.
- Boersma, B.O., 'Terugblik of visie op het verleden?', *Vraagteken* 9 (1970) 2, 2-3.
- Boersma, B.O., 'Veranderende rolverhoudingen in de inrichting van nu', *Vraagteken* 10 (december 1971) 2-5.
- Boersma, B., G. van Florestein, R. Muller en J. Prins, *Conolly 1969-1976. Ervaringen met systeem theoretische en gezins therapeutische behandeling in een intramurale situatie* (Deventer 1977).
- Bogers, H., S. Snelders en H. Plomp, *De psychedelische (r)evolutie. Geschiedenis en recente ontwikkelingen in het onderzoek naar veranderende bewustzijnsstaten* (Amsterdam 1994).
- Bolderhey, P., 'Reactie op Behandelde, familie, behandelaar', *MGV* 35 (februari 1980) 152-154.
- Boo, M. de, 'Klinkende stemmen. Serieus nemen van gehoorshallucinaties is beter dan negeren', *NRC Handelsblad* 9-10 maart 2002, 33.
- Boom, J., en W. Fraanje, 'Vluchten voor het zottenkot', *De Groene Amsterdammer* 29 juli 2000.
- Bopp, J., *Anti-psychiatrie. Theorien, Therapien, Politik* (Frankfurt 1980).
- Bos, B., 'Lector Egbert Tellegen: Die psychiatrische behandeling was een hersenspoeling', *De Nieuwe Linie* 3 september 1971.
- Bos, F., *Berichten uit het laboratorium van de samenleving over de ervaringen met depressie en antidepressiva* (Amsterdam 2002).
- Bosch, R. v.d. e.a. (red.), *Schizofrenie. Recente ontwikkelingen in onderzoek en behandeling* (Deventer 1988).
- Breur, D., 'Wat is schizofrenie?', *Bulletin van de Cliëntenbond in de Welzijnszorg* 7 (april 1979) 27.
- Brill, W., 'Mijn dochter en de psychiatrie', *MGV* 34 (november 1979) 738-744.
- Brinkgreve, C., en M. Korzec, 'Margriet weet raad': gevoel, gedrag, moraal in Nederland 1938-1978 (Utrecht 1978).
- Brinkgreve, C., J.H. Onland en A. de Swaan, *De opkomst van het psychotherapeutisch bedrijf* (Utrecht 1979).
- Brinkgreve, C., *Psychoanalyse in Nederland. Een vestigingsstrijd* (Amsterdam 1984).
- Brok, L., en R. Pluut, *Gezinstherapie op de grens; grenzen aan gezinstherapie* (Heiloo 1982).
- Bruijn-Jansen Klomp, W. de en G. Steensma-Nijboer, *Conolly '74-'75. Een onderzoek naar de ervaringen van mensen die in een psychiatrisch ziekenhuis behandeld zijn volgens de inzichten van de systeem- en communicatietheorie* (Deventer 1978).
- Bruijn-Jansen Klomp, W. de, *Verslag stage Conolly mei 1975-februari 1976*.
- Bruins, B., "Er zijn zoveel manieren om jezelf te leren kennen". Joost Mathijssen over Ronald Laing', in: C. Trimbos (red.), *Dat wordt me te gek. De psychiatrie kritisch bekeken. Artikelen en interviews uit weekblad De Nieuwe Linie* (Amsterdam 1972) 155-165.
- Brunt, E., *De breinstorm. Over depressie en Prozac* (Amsterdam/Antwerpen 1994).
- Brusse, P., 'Makers van Family Life: psychiaters te vaak ziele-politie', *de Volkskrant* 8 september 1972.
- Bulhof, I., *Freud en Nederland. De interpretatie en invloed van zijn ideeën* (Baarn 1983).
- Bunt, J., 'Drugs', *Vraagteken* 11 (1972) 2, 4-6.
- Buré, M.J., 'Wie is van hout...', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 81 (1971) 1129-1131.
- Burger, F., 'Koffie is bijna het enige dat hier wordt verstrekt. De PAAZ, vijf jaar nieuwe praktijk in de psychiatrie', *De Nieuwe Linie* 7 juli 1976.
- Burston, D., *The wing of madness. The life and work of R.D. Laing* (Londen 1996) 65-67.
- Busfield, J., 'Restructuring mental health services in twentieth century Britain', in: M. Gijswijt-Hof-

- stra en R. Porter (red.), *Cultures of psychiatry and mental health care in postwar Britain and the Netherlands* (Atlanta/Amsterdam 1998) 9-28.
- Bynum, W., en R. Porter, *Discovering the history of psychiatry* (Londen 1994).
- Clay, J., R.D. Laing, *A divided self* (Londen 1996).
- Coffin, J.P., 'Misery and revolution: the organisation of French psychiatry, 1945-1980', ongepubliceerd paper voor de internationale workshop *Cultures of Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century*, Amsterdam 18-20 september 2003.
- Cohen Stuart, M.H., en H. Zeijlstra, 'Over beleven bij shockbehandeling', *Folia psychiatrica, neurologica et neurochirurgica neerlandica* 53 (1950) 470-481.
- College voor Ziekenhuisvoorzieningen (CvZ), *Inventarisatie 1978 psychiatrische inrichtingen in Nederland* (Utrecht 1979).
- Cooper, D., *Psychiatrie en anti-psychiatrie* (Meppel 1968; vertaling van *Psychiatry and anti-psychiatry*, 1967).
- Cooper, D., *The death of the family* (Londen, 1971; vertaald als *Einde van het gezin*, Meppel 1972).
- Cooper, D., en R.D. Laing, *Rede en geweld* (Meppel 1970).
- Crossley, N., 'R.D. Laing and the British anti-psychiatry movement: a socio-historical analysis', *Social Science and Medicine* 47 (1998) 877-889.
- Cuyppers, C., en R. Opendakker, *Tussen bevlogenheid en professie. De afdeling preventie in de Riagg Maastricht 1970-1995* (Maastricht 1995).
- D, M.v., 'Ziekte als revolutionaire factor', *De Groene Amsterdammer* 8 januari 1972.
- D. Ingleby (red.), *Critical psychiatry. the politics of mental health* (Middlesex 1981).
- Dacosta, P., *Ik ben Patricia Dacosta. Een klein dagboek* (Amsterdam 1977).
- Doolgaard, C.B., 'Behoudzucht binnen gezin', *Het Parool*, juli 1972 (precieze datum niet bekend).
- Dahm, A., *Zum Phänomän der Anti-psychiatrie seit dem 19. Jahrhundert* (Bonn 1983).
- Dain, N., 'Antipsychiatry', in: R. Menninger en J. Nemiah (red.), *American psychiatry after World War II (1944-1994)* (Washington 2000) 277-299.
- Damsma, D., *Familieband. Geschiedenis van het gezin in Nederland* (Utrecht 1999).
- Dankers, J., en J. v.d. Linden, *Van regenten en patiënten. De geschiedenis van de Willem Arntsz Stichting: Huis en Hoeve, Van der Hoeven kliniek en Dennendal* (Amsterdam 1996).
- Dehue, T., *De regels van het vak. Nederlandse psychologen en hun methodologie 1900-1985* (Amsterdam 1990).
- Dekker, E., *De psychiatrische inrichting als therapeutisch milieu* (Lochem 1968).
- Dercksen, A., en S. van 't Hof, *Erkenning gevraagd. Organisaties van patiënten, cliënten en hun familie in de geestelijke gezondheidszorg* (Utrecht 1996).
- Deva Amrito, Swami/Foudraïne, J., *Oorspronkelijk gezicht. Een gang naar huis* (Baarn 1979).
- Dinges, M. (red.), *Medizinkritische Bewegungen im Deutschen Reich (ca. 1870-ca. 1933)* (Stuttgart 1996).
- Dolnick, E., *Madness on the couch. Blaming the victim in the hey-day of psychoanalysis* (New York 1998).
- Donnelly, M., *The politics of mental health in Italy* (Londen 1992).
- Dowbiggin, I., *Inheriting madness. Professionalization and psychiatric knowledge in nineteenth-century France* (Berkeley 1991).
- Dresselhuys, C., "'Gebrek aan angst maakt een mens niet gelukkig". René Kahn langs de feministische meetlat', *Opzij* 26 (juli/augustus 1998) 132-137.
- Duyvendak J.W. e.a., *Tussen verbeelding en macht. 25 jaar nieuwe sociale bewegingen* (Amsterdam 1992).
- Eetgerink, H., 'Family Life is een moetje van een film', *De Telegraaf* 28 juli 1972.
- Eijk, P. v.d., 'Lof en blaam voor Foudraïne. Psychiaters gaan vergaderen over "Wie is van hout"', *De Tijd. Dagblad voor Nederland* 27 januari 1972.
- Eijk-Osterholt, C. van, *Laten ze het maar voelen... Vijfentwintig jaar belangenbehartiging voor een verpleegde* (Amsterdam 1972).
- Eijk-Osterholt, C. v.d., 'De kinderen van de nacht. Chronisch psychiatrische patiënten: acht dingen die we kunnen doen', *De Groene Amsterdammer* 7 januari 1976.
- Eijk-Osterholt, C. van en K. Bökenkamp, *Wartaal van een gek. Het schokkende verhaal van Johanna Stuten-te Gempt* (Den Haag 1983).
- Elzerman, H., 'Opname in inrichting is niet altijd de oplossing', *Trouw* 7 februari 1973.

- Emmerik, J. v., 'Wie is van goud', *Hollands Maandblad* januari 1974, 22-24.
- Evers, R., en P. Rijnders, *Paradoxe benadering. Een systematische toepassing vanuit twee modellen* (Alphen a/d Rijn 1982).
- Ferguson, P.J., *Gedachtenlezen. Gesprekken over psychiatrie* (Haren 1989).
- Fischer, A.A., 'Clinical research on psychosis', *Psychiatria, Neurologica, Neurochirurgia* Vol. 74, 1971, 205-217.
- Foppema, R., 'Afwijkend gedrag niet lichtvaardig als ziek geëtiketteerd', *Trouw* 12 april 1978.
- Fortanier, A.H., 'Psychological backgrounds of some modern therapeutic methods', *Folia psychiatrico, neurologica et neurochirurgica* 53 (1950) 636-639.
- Fortuin, J., 'Hoevelen zijn van hout en hoevelen zijn hoger', *De Groene Amsterdammer* 30 oktober 1971.
- Foucault, M., *Geschiedenis van de waanzin in de zeventiende en achttiende eeuw* (Meppel 1975; vertaling van *Folie et déraison; histoire de la folie à l'âge classique*, 1961).
- Foudraine, J., *Wie is van hout... een gang door de psychiatrie* (Baarn 1971).
- Fox, B. e.a., *Psychiatrische tegenbeweging in Nederland* (Amsterdam 1983).
- Freeman, H. (red.), *A century of psychiatry* (Londen 1999).
- Fromm, E., *Angst voor de vrijheid. De vlucht in autoritairisme, destructivisme, conformisme* (Utrecht 1953; vertaling van *Escape from freedom*, oorspronkelijke uitgave 1941).
- Fromm, E., *De zelfstandige mens. Sociale karakterologie en psychologie der ethiek* (Utrecht 1955; vertaling van *Man for himself*, oorspronkelijke uitgave 1947).
- Fromm, E., *De gezonde samenleving. Psychopathologie van democratie en kapitalisme* (Utrecht 1958; vertaling van *The sane society*, oorspronkelijke uitgave 1955).
- Geldhof, A., *Heden geen medisch bezwaar* (Amsterdam 1977).
- Geller, J.L., en M. Harris, *Women of the asylum. Voices from behind the walls, 1840-1945* (New York 1994).
- Geneeskundige Hoofdingspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, *Verslag over de jaren 1969 t/m 1974* (Den Haag 1976).
- Gerards, W.F. (red.), *Te gek om los te lopen. Eenmalige krant voor het seminar "Te gek om los te lopen"* (Utrecht 1970).
- Gersons, B., *Acute psychiatrie* (Amsterdam 1995).
- Getkate, J., 'Reaktie op br. Wielhouwer en br. Stegeman blikken terug', *Vraagteken* 9 (1970) 2, 2.
- Gijswijt-Hofstra, M. (red.), *Een schijn van verdraagzaamheid. Afwijking en tolerantie in Nederland van de zestiende eeuw tot heden* (Hilversum 1989).
- Gijswijt-Hofstra, M., en R. Porter (red.), *Cultures of psychiatry and mental health care in postwar Britain and the Netherlands* (Atlanta/Amsterdam 1998).
- Gijswijt-Hofstra, M., en H. Oosterhuis, 'Psychiatrische geschiedenissen', *Bijdragen en Mededelingen betreffende de Geschiedenis der Nederlanden* 116 (2001) 162-197.
- Gijswijt-Hofstra, M., 'Within and outside the walls of the asylum: caring for the Dutch mentally ill, 1884-2000', ongepubliceerd paper voor de internationale workshop *Cultures of Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century*, Amsterdam 18-20 september 2003.
- Gijswijt-Hofstra, M., en H. Marland (red.), *Cultures of child health in Britain and the Netherlands in the twentieth century* (New York/Amsterdam 2003).
- Gitlin, J.T., *The sixties. Years of hope, days of rage* (New York 1987).
- Gittins, D., *Madness in its place. Narratives of Severalls hospital, 1913-1997* (Londen 1998).
- Glatzel, J., *Die Anti-psychiatrie* (Stuttgart 1975).
- Goei, L. de, S. van 't Hof en G. Hutschemaekers (red.), *Curium 1955-1995. Bladzijden uit de geschiedenis van de Nederlandse kinder- en jeugdpsychiatrie* (Utrecht 1995).
- Goei, L. de, *De psychohygiënist. Psychiatrie, cultuurkritiek en de beweging voor geestelijke volksgezondheid in Nederland, 1924-1970* (Nijmegen 2001).
- Goffman, E., *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates* (Middlesex 1968; oorspronkelijke uitgave 1961).
- Goldberg, A., 'The Mellage trial and the politics of insane asylums in Wilhelmine Germany', *The Journal of Modern History* 74 (2002) 1-32.
- Gorisse, J.J.A.M., *Van idealen en mensenwerk. Van Zeeuwse inrichting tot West-Brabants psychiatrisch ziekenhuis, Vrederust 1904-1997* (Halsteren 1997).
- Gove, W. (red.), *The labelling of deviance. Evaluating a perspective* (New York 1975).

- Gove, W. (red.), *Deviance and mental illness* (Beverly Hills 1982).
- Green, J., *All dressed up. The sixties and the counterculture* (Londen 1998).
- Grinten, T. v.d., *De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Achtergrondstudie 1940-1952* (Utrecht 1987).
- Grob, G., *The mad among us. A history of the care of America's mentally ill* (New York 1994).
- Grob, G., 'Deinstitutionalization: the American experience', ongepubliceerd paper voor de internationale workshop *Cultures of psychiatry and mental health care in the twentieth century: comparisons and approaches*, Amsterdam 18-20 september 2003.
- Haafkens, J., 'Mental health care and the oppositional movement in the Netherlands', *Social Science and Medicine* 22 (1988) 2, 185-192.
- Haan, I. de, *Na de ondergang. De herinnering aan de Jodenvervolgving in Nederland 1945-1995* (Amsterdam 1997).
- Halberstam, D., *The fifties* (New York 1993).
- Haley, J., *Strategieën in de psychotherapie* (Utrecht 1965).
- Haley, J., 'Waarheen met de gezinstherapie?', in: J. Haley, *De machtspolitiek van Jezus Christus* (Amsterdam 1974) 68-100.
- Haley, J., *De machtspolitiek van Jezus Christus* (Amsterdam 1974).
- Halkes, J., 'Wetenschappelijk onderzoek en protocollering. Na 125 jaar is de Vereniging voor Psychiatrie volwassen', *Ypsilon Nieuws* 10 (april 1996).
- Hanegraaff, W., *New Age religion and western culture. Esotericism in the mirror of secular thought* (Leiden/New York/Keulen 1996).
- Hanlo, J., *Zonder geluk valt niemand van het dak* (Amsterdam 1972).
- Hart, O. v.d., 'Recensie van Boersma e.a., Conolly 1969-1976', *MGV* 32 (1977) 658.
- Hartwell, C.E., 'The schizophrenogenic mother concept in American psychiatry', *Psychiatry: Journal of the Biology and Pathology of Interpersonal Relations* 59 (1996) 274-297.
- Haveman, M.J., 'Nieuwe langverblijvers in psychiatrische ziekenhuizen', *MGV* 35 (1980) 8, 642-655.
- Healy, D., 'Psychopharmacology 2000', in: H. Freeman (red.), *A century of psychiatry* (Londen 1999) 352-358.
- Heerma van Voss, A.J., en F. Nypels, 'Gek zijn moet goedkoop blijven. Nieuwe psychiatrie botst binnen oude muren', *Haagse Post* 24 november 1971.
- Heerma van Voss, A.J., 'Foudraine als jockebrok', *Haagse Post* 23 februari 1972.
- Heerma van Voss, 'Jan Foudraine, vervolgd. Analyse van een bestseller', *Haagse Post* 26 januari 1972.
- Heerma van Voss, A.J., 'Snelle hulp bij psychische nood komt langzaam op gang', *Haagse Post* 9 mei 1972.
- Heerma van Voss, A.J., 'De geschiedenis van de gekkenbeweging. Belangenbehartiging en beeldvorming voor en door psychiatrische patiënten (1965-1978)', *MGV* 33 (1978) 398-428.
- Heerma van Voss, A.J., 'Swami jockebrok en de weggewaarde pagina', in: A.J. Heerma van Voss, *Verzameld* (Amsterdam 1992) 335-349.
- Heerma van Voss, A.J., 'Het eigen belang van ouders in de psychiatrie', in: A.J. Heerma van Voss, *De haas en de jager. Psychische stukken* (Amsterdam 1993) 140-144.
- Hof, S. van 't, *Een ambt, hoog en subtiel... Psychiaters over psychiatrie 1971-1996* (Utrecht 1996).
- Hof, S. van 't, 'De geschiedenis van Amstelland, voormalige jeugdafdeling van het Provinciaal Ziekenhuis te Santpoort, 1968-1994', in: S. van 't Hof e.a., *Tulpenburg en Amstelland 1951-1994. Bladzijden uit de geschiedenis van de Nederlandse kinder- en jeugdpsychiatrie* (Utrecht 1997) 101-181.
- Hogenstijn, C. M., *St. Elisabeths gasthuis en Brinkgreven. Geschiedenis van de psychiatrische ziekenhuizen te Deventer* (Deventer 1987).
- Hoofdakker, R. v.d., 'Wie is van rede... Opmerkingen naar aanleiding van Jan Foudraine', *De Gids* 136 (1973) 374-394.
- Hoofdakker, R. v.d., *Een pil voor doornroosje. Essays over een wetenschappelijke psychiatrie* (Amsterdam 1975).
- Hoofdakker, R. v.d., 'Antipsychiatrie', *MGV* 33 (1978) 672-683.
- Hout, W.P. v.d., *Hoe echt zijn mensen? Een persoonlijke belevenis in een afgedankt wingewest* (Oirsbeek 1980).
- Hout, W.P. v.d., 'Een therapeutische gemeenschap in een psychiatrisch ziekenhuis', *TvP* 24 (1982) 556-563.
- Huiskens, G., en R. v.d. Kroef, *Van Rooms tot Rome. Van Sint Franciscushof naar Zwolse Poort (1952-2002)* (Zwolle 2003).

- Hutschemaeckers, G., en L. Neijmeijer, *Beroepen in beweging. Professionalisering en grenzen van een multidisciplinaire GGZ* (Utrecht 1998).
- Hutschemaeckers, G., en C. Hrachovec, *Heer en beelmeesters. Negentig jaar zorg voor zenuwlijders in het Christelijk Sanatorium te Zeist* (Nijmegen 1993).
- I., A.v., 'Family Life', *Utrechts Nieuwsblad* 9 maart 1973.
- Idenburg, P., 'Er woedde een machtsstrijd in het APZ. Anti-psychiatrie, 20 jaar later', *Het Ziekenhuis* 85 (1995) 36-39.
- Ingleby, D. (red.), *Critical psychiatry: the politics of mental health* (Middlesex 1981).
- Ingleby, D., 'The view from the North Sea', in: M. Gijswijt-Hofstra en R. Porter (red.), *Cultures of psychiatry and mental health care in postwar Britain and the Netherlands* (Atlanta/Amsterdam 1998) 295-310.
- Inglehart, R., *Modernization and postmodernization. Cultural, economic, and political change in 43 societies* (New Jersey 1997).
- Isaacs, R.J., *Madness in the streets. How psychiatry and the law abandoned the mentally ill* (New York 1990).
- Isarin, J., *Eigenwaan. Psychiatrie als paradox* (Amsterdam 1984).
- Jackson, D., en P. Watzlawick, 'De acute psychose als groei-ervaring', in: D. Jackson (red.), *Therapie, communicatie en verandering. Over dubbele binding, schizofrenie en gezinsrelaties* (Amsterdam 1978) 23-37.
- Jacobs, H.A.M., *Basisfilosofie en werkwijze in praktijk. Een beschrijving van paviljoen Larikshof, een afdeling van het psychiatrisch centrum Zon en Schild te Amersfoort* (Amersfoort 1981).
- Jacoby, R., *Social amnesia. A critique of conformist psychiatry from Adler to Laing* (Boston 1975).
- James, M., en D. Jongeward *Wie waagt die wint. Transactionele analyse met gestalt experimenten* (Amsterdam 1974; vertaling van *Born to win*, 1971).
- Jansen van Galen, J., *Het ik-tijdperk. Haagse Post special* (Utrecht 1979).
- Janssen, M., 'Een gestoord beeld. Psychiatrie en de media', *Deviant* 6 (december 1999) 4-7.
- Janssen, M., 'De psychiatrische tegenbeweging', *De Vrije. Anarchistisch maandblad* (1983) 4, 9-13.
- Jenner, J.A., *Directieve interventies in de acute en de sociale psychiatrie* (Assen 1995) 179.
- Jones, C., 'Raising the anti', in: M. Gijswijt-Hofstra en R. Porter (red.), *Cultures of psychiatry and mental health in postwar Britain and the Netherlands* (Atlanta/Amsterdam 1998) 283-295.
- Jong, A. de, 'Het drama van het socialistisch patiënten collectief. In gesprek met psychiater Sjef Teuns (46)', *TMW* (datum onbekend, 1973).
- Jong, E. de, 'Interview met Ria van der Heijden', in: *De 43ste april. Kroniek van het dagelijks leven in de omgeving van psychiatrische patiënten* (eenmalige uitgave 13 mei 1987) 31-33.
- Jongierius, P.J., 'Psychiatrie en publiciteit', *MGV* 28 (1973) 112-114.
- Jopling, D., 'Antipsychiatry in Sartre's "The Family Idiot"', *Review of Existential Psychology and Psychiatry* 19 (1984-1985) 161-187.
- Kagie, R., 'Wel een eigen kast voor de patiënt, maar een tweede sleutel voor het personeel. Willen ze bij psychiatrisch centrum St. Bavo echt veranderen?', *De Nieuwe Linie* 17 oktober 1973.
- Kahn, R., *Gids pillen en psychiatrie. Ziektebeelden, herkenning, behandeling, geneesmiddelen, bijwerkingen* (Amsterdam 1997).
- Kal, D., *Kwartiermaken. Werken aan ruimte voor mensen met een psychiatrische achtergrond* (Amsterdam 2001).
- Kaplan, B. (red.), *The inner world of mental illness. A series of first-person accounts of what it was like* (New York 1964).
- Kennedy, J.C., *Nieuw Babylon in aanbouw. Nederland in de jaren zestig* (Amsterdam 1995).
- Kennedy, J.C., *Een weloverwogen dood. Euthanasie in Nederland* (Amsterdam 2002).
- Kerkhoven, A., *Beeld van de psychiatrie 1800-1970. Historisch bezit van de psychiatrische ziekenhuizen in Nederland* (Zwolle 1996).
- Kersbergen, C., 'Van het inrichtingsbed naar de stoel van de beleidsmaker. De gekkenbeweging', in: J.W. Duyvendak e.a., *Tussen verbeelding en macht. 25 jaar nieuwe sociale bewegingen* (Amsterdam 1992) 199-213.
- Kersting, F. W., 'Between the National Socialist "Euthanasia programme" and reform: asylum psychiatry in West Germany, 1940-1970', ongepubliceerd paper voor de internationale workshop *Cultures of psychiatry and mental health care in the twentieth century: comparisons and approaches*, Amsterdam 18-20 september 2003.

- Kersting, F.W. (red.), *Psychiatriereform als Gesellschaftsreform. Die Hypothek des Nationalsozialismus und der Aufbruch der sechzig Jahre* (Paderborn 2003).
- Kesey, K., *En eentje zag ze vliegen* (Amsterdam 1973).
- Kipshagen, E.P.M., *De dood gaf mij leven. Verslag van een dieptepsychologisch proces* (Nijmegen 1978).
- Kler, H. de en I. v.d. Zande, *Alternatieve hulpverlening. Teksten en kritiek* (Amsterdam 1978).
- Klijn, A., *De therapeutische beloften van een gebouw. Het Psycho-Medisch Streekcentrum Vijverdal 1972-2006* (werktitel; Klijns boek zal naar verwachting in 2006 verschijnen).
- Klis, P. v.d., 'Een waan als waarheid. De ontwikkelingen van het therapeutisch klimaat in Brinkgreven van 1945 tot heden', in: J. Vjjselaar (red.), *Over de IJssel, over de schreef. De geschiedenis van de geestelijke gezondheidszorg in Overijssel en van het Psychiatrisch Ziekenhuis Brinkgreven in het bijzonder* (Utrecht 1993).
- Kloek, J., en K. Tilmans (red.), *Burger. Een geschiedenis van het begrip 'burger' in de Nederlanden van de middeleeuwen tot de 21ste eeuw* (Amsterdam 2002).
- Koelmeijer, J., *Het zwijgen van Maria Zachea. Een ware familiegeschiedenis* (Zutphen 2001).
- Koning, R.F., en J.E.A. Wagenborg, 'Het follow-up project Psychotherapeutische Gemeenschappen (10): slotpublicatie', *TvP* 30 (1988) 659-678.
- Koopman, P.J.M., *Beroep, beleid én best-practice* (Uitgave Stichting Adhesie, Deventer 2002) II.
- Koopman, W., *Meester van het zwarte licht* (Rotterdam 1975).
- Koopman, P., *Geschiedenis van de psychiatrische verpleging 1958-1997: de periode van "John Belt"* (Deventer 1997).
- Kortweg, H., *Spel en tegenspel. Sensitiviteitstraining, ontmoetingsgroepen, non-verbale communicatie en meer dan 50 spelen* (Den Haag 1972).
- Kotowicz, R.D. *Laing and the paths of anti-psychiatry* (Londen 1997).
- Kragten, R., *Bejegening in de G.G.Z. Cliënten in de geestelijke gezondheidszorg aan het woord over bejegening* (Utrecht 1998).
- Kramer, P., *Prozac, of hoe een geneesmiddel je persoonlijkheid kan verbeteren* (Amsterdam 1994).
- Kraus, G., 'Quelques remarques sur le compte de profits et pertes de la leucotomie', *Folia Psychiatrica, Neurologica et Neurochirurgica Neerlandica* 53 (1950) 620-635.
- Krim, S., 'The insanity bit', in: B. Kaplan (ed.), *The inner world of mental illness. A series of first-person accounts of what it was like* (New York 1963) 62-80.
- Kroef, R. v.d., Historisch Onderzoeksburo Histodata, *25 jaar en nog steeds geen normaal mens ontmoet. Pandora, psychiatrie en beeldvorming* (Baarn 1990).
- Kuiper, P., *Hoofdsom der psychiatrie* (Amsterdam 1973).
- P. Kuypers (red.), *Het verlangen naar openheid. Over de psychologisering van het alledaagse* (Amsterdam 1995) 75-85.
- Laan, B. v.d., *Relaties. Verpleegkundige begeleiding van de psychiatrische cliënt* (Lochem 1977).
- Laan, B. v.d., *Klinische en sociale psychiatrische verpleegkunde* (Lochem 1975).
- Laing, R.D., en D. Cooper, *Reason and violence. A decade of Sartre's philosophy* (Londen 1964).
- Laing, R.D., 'Gezin en enkeling in hun onderlinge verhouding', *TMW* 19 (1965) 359-368.
- Laing, R.D. *Gezinspatronen* (Meppel 1976, tweede druk; vertaling van *The politics of the family*, 1969).
- Laing, R.D., *Toestanden* (Meppel 1974, derde druk; vertaling van *Knots*, 1970).
- Laing, R.D., en Esterson, A., *Gezin en waanzin. Een onderzoek naar de gezinsachtergrond van een aantal schizofrenen* (Meppel 1971; vertaling van *Sanity, madness and the family*, 1964).
- Laing, R.D., *Strategie van de ervaring* (Meppel 1975, achtste druk; oorspronkelijke Nederlandse uitgave 1969; vertaling van *The politics of experience* 1967).
- Laing, R.D., *Het verdeelde zelf. Een existentiële studie in gezondheid en waanzin* (Meppel 1976, zesde druk; oorspronkelijke Nederlandse uitgave 1969. Vertaling van *The divided self* 1960).
- Laing, R.D., *Het zelf en de anderen*, 1970 (vierde druk 1978; vertaling van *Self and others*, 1961).
- Laing, A., *R.D. Laing: a biography* (Londen 1994).
- Lande, J. v.d., 'Gezinsmiddagen op Amstelland', *MGV* 31 (1976) 3-14.
- Lande, J. van de en L. van Eck, 'Behandelde, familie, behandelaar', *MGV* 34 (november 1979) 746-751.
- Lande, J. v.d., *Kind van de zon. Naar aanleiding van de Nederlandse speelfilm van René van Nie* (Haarlem 1976).
- Lande, J. v.d. (red.), *Opgenomen in de groep. Psychotherapeutische gemeenschappen in Nederland* (Deventer 1982).

- Lange, A., *Gedragsverandering in gezinnen* (Groningen 1994).
- Langelaan, M., 'Het gevaar van sprookjes', *Psy. Tijdschrift over de geestelijke gezondheidszorg* 3 (2 december 1999) 30-32.
- Lebbink, R., *Maar tenslotte verlies je toch... De ongelijke strijd tussen patiënten en de psychiatrie* (Helmond 1979).
- Lemmer, J. van, *De inrichting. Dagboek voor mijn dochtertje* (Kampen 1975).
- Lindner, R., *Must you conform?* (New York 1956).
- Lutters, Th.G., en W.C.M. Smits (red.), *Het psychiatrisch ziekenhuis. Verblijf, behandeling en genezing van patiënten in de psychiatrische inrichting* (Amsterdam/Brussel 1968).
- Luykx, P. en P. Slot (red.), *Een stille revolutie? Cultuur en mentaliteit in de lange jaren vijftig* (Hilversum 1997).
- Maas, J.R.M., *Bomen spreken* (Amsterdam 1973).
- Mak, G., 'Afscheid van de sleutelbossen en de witte jassen. De wonderbaarlijke uittocht uit de psychiatrische inrichting San Giovanni', *De Groene Amsterdammer* 22 februari 1978, 10-12.
- Malcolm, J., 'The one-way mirror', in: J. Malcolm, *The purloined clinic. Selected writings* (Londen 1996).
- Mans, I., 'Problemen met de ambulante psychiatrie', *Deviant* 8 (december 2001) 22-27.
- Mathijssen, J.A.M., 'Het verzuim der psychiatrie', *de Volkskrant* 13 juni 1970.
- Meer, R. van, 'Steunende gezinsbehandeling bij schizofrenie', *MGV* 41 (1986) 867-877.
- Meer, R. van, *Leven met schizofrenie. Een handleiding voor familie, vrienden en andere betrokkenen* (Amsterdam 1987).
- Meijers, T.A., *Het Wegloophuis Psychiatrie Utrecht. Een evaluatie onderzoek* (Utrecht 1988).
- Melster, E., *Mishandelingen ondervonden in het "Oude en Nieuwe Gasthuis" te Zutphen* (Enschede 1902).
- Menninger, R., en J. Nemiah (red.), *American psychiatry after World War II (1944-1994)* (Washington 2000) 277-299.
- Meurs, J.H. van, 'Kritiese psychiatrie', *TvP* 14 (april 1972) 136-147.
- Meyden, H. v.d., 'Kind van de zon ontroerde vorstin', *De Telegraaf* 25 februari 1975.
- Milikowski, H., 'Daarom wil ik pleiten voor verzetstherapie', in: C. Trimboos (red.), *Dat wordt me te gek. De psychiatrie kritisch bekeken. Artikelen en interviews uit weekblad De Nieuwe Linie* (Amsterdam 1972).
- Minuchin, S., *Gezinstherapie* (Utrecht 1973).
- Mullan, B., *R.D. Laing. A personal memoir* (Londen 1999).
- Neill, J., 'Whatever became of the schizophrenogenic mother?', *American Journal of Psychotherapy* 44 (1990) 499-505.
- Neill, A.S., *Summerhill. Theorie en praktijk van de anti-autoritaire opvoeding* (Utrecht 1972).
- Nijenhuis, A., 'Scriptie psychiatrische verpleegopleiding De Zuysel' (Deventer 1974).
- Noordzij, N., 'Grandioze kijk op psychiatrie en psychiater', *De Telegraaf* 19 juni 1971.
- Nuttall, J., *Bomb culture* (Londen 1970).
- Oosten, A. van, 'Vluchtpsychiatrie, luxe-hulp en psychohobby. Over de onbeheersbaarheid van de psychosociale hulpverlening', *MGV* 35 (1980) 216-228.
- Ouwendijk, D., "'Family Life": de vernieling van het leven van een machteloos meisje', *Nieuwe Linie* juni 1972.
- Overeem, E., *Teveel gebeurt er op z'n mans* (Amsterdam 1978).
- Overeem, E., *Door ongemeaaid gras* (Amsterdam 1987).
- Padt, I. v.d., *Hoopvol bezorgd. Sociaal psychiatrische verpleegkunde van de 20ste naar de 21ste eeuw* (Eindhoven 1999).
- Parabirsing, F., 'De opkomst van de mondige patiënt', *Deviant* 10 (september 2003) nr. 38, 12-17.
- Paull, E., *In het land der blinden. Een martelgang door de psychiatrie* (Bilthoven 1973).
- Penen, E. (red.), *Strategie van de kleinschaligheid. Theorie en praktijk van de av-antipsychiatrie* (Leuven 1982).
- Peterson, D., *A mad people's history of madness* (Pittsburgh 1982).
- Petri, M., 'Er is een cliënt in de zaal: enkele gevoelens en gedachten rondom een incident', *MGV* 26 (1971) 12-15.
- Peverelli, H., 'Landmark', *Psychologie Magazine* 19 (2000) 26-29.
- Pieters, T., e.a., *Pillen en psyche: culturele eb en vloedbewegingen. Medicamenteus ingrijpen in de psyche* (Den Haag 2002).

- Pieters, T., en S. Snelders, 'Chemically fashioning the mind: psychopharmacology and the hidden history of psychiatry', ongepubliceerd paper voor de internationale workshop *Cultures of Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century*, Amsterdam 18-20 september 2003.
- Pleij, S., "Nee, geen tuinbroek!", *De Groene Amsterdammer* 18 juni 1997.
- Poelgeest, F. K. van, *Prozac: vice or virtue? An analysis of the antidepressants meaningful implications in contemporary Western professional and popular culture* (Eindschripte Faculteit der Sociale en Politieke Wetenschappen van de UvA, Amsterdam 1997).
- Pollmann, T., "Het hogere mag niet besmet worden door een verklaring vanuit het lichamelijke". Een omstrede hoogleraar over anti-psychiatrie, actiegroepen, de privacy van patiënten en over God', *Vrij Nederland* 1 juli 1978.
- Pol, J., *Mythe en macht. De kritische psychiatrie van Thomas Szasz* (Nijmegen 1990).
- Porter, R., en G. Berrios (red.), *150 years of British psychiatry* (Londen 1991).
- Porter, R., *De zin van de waanzin. Een sociale geschiedenis* (Amsterdam/Antwerpen 1991).
- Porter, R., *The Faber book of madness* (Londen 1991) 206.
- Poslavsky, A., 'Het psychiatrische ziekenhuis als centrum van interdisciplinaire samenwerking in praktijk en research', in: Th.G. Lutters en W.C.M. Smits (red.), *Het psychiatrisch ziekenhuis. Verblif, behandeling en genezing van patiënten in de psychiatrische inrichting* (Amsterdam/Brussel 1968) 23-33.
- Postel, J., en D. Allan, 'History and anti-psychiatry in France', in: W. Bynum en R. Porter, *Discovering the history of psychiatry* (Londen 1994) 384-414.
- Praag, H.M. van, 'De betekenis van de psychofarmaca voor het biologisch-psychiatrische onderzoek', *Voordrachtenreeks* 7 (1965) 45-55.
- Praag, H.M. van en H.G.M. Rooijmans, *Stemming en ontstemming. Theorie en praktijk bij de diagnose en de behandeling van depressies* (Amsterdam 1974).
- Praag, H.M. van, 'Over wetenschappelijke discussie gesproken', *MGV* 33 (1978) 442-445.
- Praag, H.M. van, *Over de wetenschappelijke fundaties van de anti-psychiatrie* (Assen/Amsterdam 1978).
- Prins, J., 'De groep', *Vraagteken* 6 (1967) 9.
- Prins, J., 'Veranderingen op komst, delen I, II en III', resp. in *Het Vraagteken* 8 (1969) nrs. 6, 7 en 8. Redactioneel, *Deviant* 1994, I nr. 1, 3.
- Ree, F. van, *Dicht op de huid. Een autobiografie* (Amsterdam 1990).
- Ree, F. van, 'De B-verpleegkundige als behandelaar?', *MGV* 30 (1975) 391-396.
- Ree, F. van, 'Patiëntendemonstraties', *MGV* 29 (1974) 152-154.
- Reijzer, H.M., *Naar een nieuw beroep. Psychotherapeut in Nederland* (Houten 1993).
- Reisby, N., 'The anti-psychiatry debate of the 1890's', *Acta Psychiatrica Scandinavica* 15 (1975) suppl. 261, 14-21.
- Reve, G. van het, *De avonden. Een winterverhaal* (Amsterdam 1947).
- Rhijn, C.H. van, 'Beschouwingen over de factoren, die het resultaat van de kuren met tranquillizers bepalen', *Voordrachtenreeks* 2 (1960) 18-33.
- Ribberink, A., *Leidsvrouwen en zaakwaarnemers. Een geschiedenis van de aktiegroep Man Vrouw Maatschappij (MVM) 1968-1973* (Hilversum 1998).
- Righart, H., *De eindeloze jaren zestig. Geschiedenis van een generatieconflict* (Amsterdam 1995).
- 'R.K.', *Simon ligt even te rusten. Verslag van een psychiatrische behandeling* (Amsterdam 1983).
- Roazen, P., *Freud and his followers* (Harmondsworth 1979).
- Roegholt, R. (red.), *Ik, jij, wij allemaal. Relaties met anderen* (Deventer 1975).
- Rogers, C., *On becoming a person* (New York 1961).
- Rogers, C., *Individueel. Over encounter-groepen* (Den Haag 1971).
- Rogers, C., *Intermenselijk. Problemen van het menszijn; een nieuwe tendens in de psychologie* (Den Haag 1972).
- Rogier, J., *Pompe of verzuipen. Reflecties op het samenleving in een TBR-kliniek* (Amsterdam 1973).
- Roland, W., *Ik haat mijn psychiater* (Antwerpen 1978).
- Roman, T., *Van harentwege verpleegd* (Amsterdam 1971).
- Romme, M.A.J., en M.A.C. Escher, *Stemmen horen accepteren. Verschillende manieren van omgaan met stemmen in je hoofd* (Baarn 1999).
- Rood, J., recensie 'Kind van de zon', *Skoop* februari 1975.
- Rooijmans, H., 'Alternatieve psychiatrie', *TvP* 14 (1972) 389-408.

- Rooy, P. de, *Republiek van rivaliteiten. Nederland sinds 1813* (Amsterdam 2002).
- Rooy, P. de, 'Vetkuijfe waarheen? Jongeren in Nederland in de jaren vijftig en zestig', *Bijdragen en Mededelingen betreffende de Nederlandse geschiedenis* 101 (1986) 76-94.
- Ruyter, M., 'Klassenstrijd van zieken begonnen', *de Volkskrant* 10 november 1972.
- Rycroft, C., *Reich* (Londen 1971).
- Sartre, J.P., 'Introduction', in: R.D. Laing en D. Cooper, *Reason and violence. A decade of Sartre's philosophy* (Londen 1964).
- Satir, V., *Gezinstherapie* (Deventer 1969).
- Schayk, M. van, *Hallo medemens! De geschiedenis van Het Werkteater* (Amsterdam 2001).
- Scheff, T., *Voor gek verklaard. Het etiketteren van geesteszieken* (Deventer 1979, vertaling van *Labelling madness*, 1975).
- Schmidt, A.M.G., *Otje* (Amsterdam, 19de druk 2001; oorspronkelijke uitgave 1980).
- Schmiedebach, H.P., 'Eine "antipsychiatrische Bewegung" um die Jahrhundertwende', in: M. Dinges (red.), *Medizinkritische Bewegungen im Deutschen Reich (ca. 1870-ca. 1933)* (Stuttgart 1996) 127-159.
- Schnabel, P., 'Patiëntenraden in psychiatrische inrichtingen', *MGV* 35 (1980) 32-49.
- Schnabel, P., 'Een antiwetenschappelijke aanval op de antipsychiatrie. Over de Utrechtse oratie van prof.dr. H.M. van Praag', *MGV* 33 (1978) 429-441.
- Schrameijer, F., 'Veel is te gek gebeven. Vijf jaar aktie in de Nederlandse psychiatrie', *De Groene Amsterdammer* 22 februari 1978.
- Schrameijer, F., 'Deinstitutionalisation of psychiatry in the Netherlands: or Rosencrantz and Guildenstern in mental health', unpublished paper for the Anglo-Dutch-German Workshop *Social psychiatry and ambulant care in the 20th century*, Londen 4-6 juli 2002.
- Schudel, W.J., *Opgenomen... opgegeven? Een exploratief onderzoek naar het gebruik van bedden in psychiatrische ziekenhuizen* (Deventer 1976).
- Schuyt, K., en E. Taverne, 1950. *Welvaart in zwart-wit* (Den Haag 2000).
- Schwartz, J., *Cassandra's daughter. A history of psychoanalysis in Europe and America* (Londen 1999).
- Sedgwick, P., 'Antipsychiatry from the sixties to the eighties', in: W. Gove (red.), *Deviance and mental illness* (Beverly Hills 1982) 199-223.
- Segefjord, B., *Summerhill-school. Een onderwijzer bezocht A.S. Neill's beroemde school met zijn anti-autoritaire leer- en opvoedingsmethoden* (Baarn 1971).
- Shorter, E., *Een geschiedenis van de psychiatrie. Van gesticht tot Prozac* (Amsterdam 1998; vertaling van *A history of psychiatry. From the era of the asylum to the age of Prozac*, 1997).
- Siegler, M., en H. Osmond, *Models of madness, models of medicine* (New York 1977).
- Sigal, C., 'The rebellious games of a divided self. A memoir of R.D. Laing', *The Independent* 30 augustus 1989.
- Sitton, S., *Life at the Texas State Lunatic Asylum, 1857-1997* (College Station 1999).
- Sivadon, P., 'Organisatie en functie van het therapeutisch milieu in het psychiatrisch ziekenhuis', in: Z.a., *Het psychiatrisch ziekenhuis. Verslag van het tweejaarlijks ziekenhuiscongres uitgaande van de Stichting het Nederlandse Ziekenhuiswezen gehouden op 3 en 4 oktober 1968 te Amsterdam* (Lochem 1968) 503-505.
- Slangen, J., *Van Koningsplein naar Lazaruskap. Fragmenten uit de geschiedenis van psychiatrisch centrum Joris te Delft* (Delft 1994).
- Slooten, J. van, 'Hoe democratisch is de anti-psychiatrie? Het congres in Leuven', *Haagse Post* 24 oktober 1981.
- Smet, J. de, 'De plaats van de psychiatrische inrichting in het totaal van de geestelijke gezondheidszorg', *Voordrachtenreeks van psychiaters in dienstverband* 6 (winter 1964) 1-6.
- Snelders, S., *LSD-therapie in Nederland. De experimenteel-psychiatrische benadering van J. Bastiaans, G.W. Arendsen Hein en C.H. van Rhijn* (Amsterdam 2000).
- Sontag, S., *Ziekte als metafoor* (Baarn 1993; vertaling van *Illness as a metaphor*, 1977).
- SPK, *Aus der Krankheit ein Waffen machen* (München 1972).
- Spruit, P., *Stageverslag Conolly, in kader van bijvak psychopathologie tijdens de studie psychologie* (Utrecht 1976).
- Spruit, P., *Stageverslag "Conolly", periode 1 oktober tot 31 december 1976* (Utrecht 1977).
- Stegeman, W., 'Br. W. Stegeman, 'Nog eenmaal: een blik terug', *Vraagteken* 9 (1970), 3, 2.
- Stegeman, W., 'Br. Stegeman blik nog verder terug', *Vraagteken* 8 (1969) 7, 6.

- Stegge, C. a/d, 'Isolation and mechanical restraint in Dutch handbooks for mental nurses between 1897 and 1964'. Ongepubliceerd paper voor de internationale workshop *Cultures of Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century*, Amsterdam 18-20 september 2003.
- Stegge, C. a/d, 'Verpleegkundigen opleiden voor de psychiatrie. Debat en beleid in Nederland gedurende de twintigste eeuw', *MGV* 56 (2001) 691-708.
- Stein, R.G., 'Observation of the schizophrenic patient in the mental hospital', *Psychiatria, Neurologia, Neurochirurgia* 67 (1964) 155-158.
- Stichting Het Hooghuys, *Psychiatrische patiënt vogelvrij?* (Lochem 1973).
- Stimulus. Orgaan van Opiniegroep Wolfheze* 1 (December '73/januari '74).
- Stolk, P.J., *Een soort vuur. Verkenningen in de klinische psychiatrie* (Amsterdam 1975).
- Stolk, P.J., 'Stellingen', themanummer 'Psychiatrie in discussie', *TvP* 14 (1972) 355-359.
- Sturkenboom, J., en T. Zijlstra, *Het konflikt rond afdeling 4B* (Utrecht 1975) 8.
- Swaan, C. de, *Wie het weet mag het zeggen. Verhalen van mensen die op een krisiscentrum geweest zijn* (Amsterdam 1976).
- Szasz, T., *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct* (New York 1961).
- Szasz, T., *De waan van de waanzin. De psychiatrie als voortzetting van de Inquisitie* (Baarn 1972; vertaling van *The manufacture of madness. A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement*, New York 1970).
- Szasz, T., *Geestesziekte als mythe* (Baarn 1972; vertaling van *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct*, New York 1961).
- Szasz, T., *Ideologie en waanzin. Wat wil de psychiatrie?* (Bilthoven 1972).
- Szasz, T., *De tweede zonde. Gedachten over huwelijk, seks, drugs, geestesziekte, psychiatrie* (Bilthoven 1973).
- Taakgroep Profielschets Psychiater, *Profielchets psychiater. Rapport van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie* (Utrecht 1996).
- Tangel, L., 'Proost!', *Vraagteken* 7 (1968) 7.
- Tantam, D., 'Anti-psychiatry in Great-Britain', in: R. Porter en G. Berrios (red.), *150 years of British psychiatry* (Londen 1991) 333-347.
- Tasman, C., *Louter Kabouter. Kroniek van een beweging, 1969-1974* (Amsterdam 1996).
- Tellegen, E., *Waar was de dood nog meer...? autografie van een psychose* (Bilthoven 1971).
- Tijn, J. van, 'Een uniek psychotherapeutisch experiment. Just Bendien en zijn bedreigde dagkliniek in de Amsterdamse Vondelstraat (I)', *Vrij Nederland* 15 juli 1972.
- Tijn, J. van, "'Het gaat er om de mensen te laten zien hoe ze zich zelf tegenhouden". Just Bendien en zijn bedreigde dagkliniek in de Amsterdamse Vondelstraat', *Vrij Nederland* 22 juli 1972.
- Tonkens, E., *Het zelfontplooiingsregime. De actualiteit van Dennendal en de jaren zestig* (Amsterdam 1999).
- Trimbos, K., *Antipsychiatrie: een overzicht* (Deventer 1975).
- Trimbos, C., (red.), *Dat wordt me te gek. De psychiatrie kritisch bekeken. Artikelen en interviews uit weekblad De Nieuwe Linie* (Amsterdam 1972).
- Trimbos, C.J.B.J., 'Nogmaals het "medisch model" in de psychiatrie', *MGV* 27 (1972) 311-324.
- Trimbos, C.J.B.J., 'Enige korte reflecties', *MGV* 26 (1971) 16-18.
- Trimbos, C.J.B.J., 'Perspektieven en wensen in de sociale psychiatrie', *MGV* 25 (1970) 248-262.
- Tromp, H., "'Opeens wist ik wat schizofrenie was." Ramses Shaffy over Het Kind in de Zon [sic], *De Tijd* 7 maart 1975.
- Tuinier, S., 'Reactie op Behandelde, familie, behandelaar', *MGV* 35 (januari 1980) 53-54.
- Valenstein, E., *Blaming the brain. The truth about drugs and mental health* (New York 1998).
- Vandereycken, W., C.A.L. Hoogduin en P.M.G. Emmelkamp (red.), *Handboek psychopathologie. Deel 1: Basisbegrippen* (Houten 1997, tweede druk; oorspronkelijke uitgave 1990).
- Vanmont, H., *Een lange hete zomer in het gekkenhuis. "Was ik maar van hout..."* (Den Haag 1974).
- Vanvugt, E., *Kind van rock & roll. Mijn leven als jonge aap* (Amsterdam 1992).
- Velden, Uitgeverij P. v.d., *Twen/Taboe* (Integrale heruitgave van deze jongerenbladen, Amsterdam 1981).
- Ven, P. v.d., *Vriend als vijand. Paradoksale therapie* (Nijmegen 1973).
- Vijselaar, J. (red.), *Over de IJssel, over de schreef. De geschiedenis van de geestelijke gezondheidszorg in Overijssel en van het Psychiatrisch Ziekenhuis Brinkgreven in het bijzonder* (Utrecht 1993).
- Vijselaar, J., 'Zonder Curium: het Medisch Opvoedkundig Bureau als spil van de Leidse kinderpsy-

- chiatric en kinderspsychotherapie, 1962-1969', in: L. de Goei, S. van 't Hof en G. Hutschemaekers (red.), *Curium 1955-1995. Bladzijden uit de geschiedenis van de Nederlandse kinder- en jeugdpsychiatrie* (Utrecht 1995) 101-127.
- Vijselaar, J. (red.), *Gesticht in de duinen. De geschiedenis van de provinciale psychiatrische ziekenhuizen van Noord-Holland van 1849 tot 1994* (Hilversum 1997).
- Vijselaar, J., "Vrijheid, gelijkheid en broederschap" (1965-1985), in: J. Vijselaar (red.), *Gesticht in de duinen. De geschiedenis van de provinciale psychiatrische ziekenhuizen van Noord-Holland van 1849 tot 1994* (Hilversum 1997) 192-238.
- Vijselaar, J., 'Delta in de maalstroom. De woelige jaren van het Deltaziekenhuis', in: C.Th. Bakker, G. Blok en J. Vijselaar, *Delta: Negentig jaar psychiatrie aan de oude Maas* (Utrecht 1999), 121-167.
- Visiecommissie psychiatrisch centrum St. Bavo, *De chronische patiënt*. Tweede rapport van de visiecommissie (Noordwijkerhout 1973).
- Visser, K., 'Problemen rond de huidige en toekomstige structuur van het psychiatrisch centrum', *Het Ziekenhuiswezen* 38 (1965) 150.
- Vos, M.S., en H. van Berkenstijn, 'De geschiedenis van de opleiding tot psychiater in Nederland', *TvP* 35 (1993) 19-32.
- Vroemen, J., 'Inval maakte eind aan stuk psychiatrische vernieuwing in Duitsland', in: C. Trimbos (red.), *Dat wordt me te gek. De psychiatrie kritisch bekeken. Artikelen en interviews uit weekblad De Nieuwe Linie* (Amsterdam 1972) 99-109.
- Waage, J., 'Stellingen', themanummer 'Psychiatrie in discussie', *TvP* 14 (1972) 349-349.
- Watzlawick, P., J. Beavin en D. Jackson, *De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie* (Deventer 1970).
- Wegloophuis Rotterdam, *Eindevaluatie experiment Wegloophuis Psychiatrie Rotterdam* (Rotterdam 1985).
- Weijel, J.A., *De mensen hebben geen leven. Een psychosociale studie* (Haarlem 1971).
- Weijers, I., *Terug naar het behouden huis. Romanschrijvers en wetenschappers in de jaren vijftig* (Amsterdam 1991).
- Weijers, I., 'De slag om Dennendal. Een terugblik op de jaren vijftig vanuit de jaren zeventig', in: P. Luykx en P. Slot (red.), *Een stille revolutie? Cultuur en mentaliteit in de lange jaren vijftig* (Hilversum 1997) 45-67.
- Weijers, I., 'The Dutch psychiatrist. A Sketch of the Development of the Profession in the Last Century', ongepubliceerd paper voor de internationale workshop *Cultures of Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century*, Amsterdam 18-20 september 2003.
- Wennekes, W., "Ik geef mensen helemaal geen houvast, ik sla ze juist alles uit handen." De permanente worsteling van drs. J.R.M. Maas, psychiater', *Vrij Nederland* 11 oktober 1975.
- Wennekes, W., "Er zijn van die communes die een schizofreen als een soort huisdier houden". Psychiater P.J. Stolk, een man van het midden', *Vrij Nederland* 10 mei 1975.
- Weringh, K. van (red.), *Jan Arends. Verzameld werk* (Amsterdam 1994).
- Wertenbroek, H.J.H.M., 'Wat is psychiatrie?', *TvP* 12 (1970) 137-152.
- Wertenbroek, H.J.H.M., 'De klinische ervaringen met de nieuwere psychopharmaca', *Voordrachtenreeks* 2 (1960) 3-15.
- Westerloo, G. van en T. Pollmann, 'Carel Muller: "Wat is het gewone werkleven lastig en saai"', *Vrij Nederland* 13 november 1976.
- Wetering de Rooij, J. v.d., 'De moeilijke weg naar een kongres', *MGV* 35 (1970) 468-470.
- Wetering de Rooij, J. v.d., 'Conferentia', *MGV* 35 (1970) 563-565.
- Wielhouwer, A., 'Br. A. Wielhouwer blik terug (slot)', *Vraagteken* 8 (1969) 8, 8-10.
- Willemsen, C., *De belofte van het hiernumaals. Zeventig jaar ambulante geestelijke gezondheidszorg in het gewest Breda 1929-1999* (Nijmegen 2002).
- Willemsen, C., *Van god los. Geschiedenis van de psychiatrische inrichting Sint-Antonius, 1902-1967* (Breda 1997).
- Willet, L., 'Reactie op Behandelde, familie, behandelaar', *MGV* 35 (januari 1980) 51-53.
- Witte man, P., *Opgenomen. Witte man bij de psychiater* (Amsterdam 1995).
- Woltz, W., 'Veel gezinnen hebben een rubber muur om zich heen. Vraaggesprek met Jan Foudraïne', *NRC Handelsblad* 24 juli 1971.
- Wouters, C., *Van minnen en sterven. Veranderende omgangsvormen rond seksualiteit en dood in de twintigste eeuw* (Amsterdam 1990).

Ypsilon, *Nieuwsbrief Ypsilon* 5 (1990), 48.

Ypsilon, *Onze schizofreniepatiënten. Wat er met hen gebeurt. Noodkreet, zwartboek, eisenpakket* (Rotterdam 1989).

Ypsilon, *Nieuwsbrief Ypsilon* 2 (juni 1987) 12 en 21.

Z.a., 'Gezinsdiagnose en gezinstherapie', *Tijdschrift voor Maatschappelijk Werk (TMW)* 19 (1965) 345-346.

Z.a., 'Mededeling interdisciplinair genootschap voor biologische psychiatrie', *Voordrachtenreeks* 8 (1966) 295.

Z.a., z.t., *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 82 (januari 1972) 82.

Z.a., 'Demonstratie psychiatrische patiënten nu in discussie', *Elsevier* 2 december 1972.

Z.a., 'Medicijnen', *Gekkenkrant* 1 (1974) 3, 10.

Z.a., 'Iedereen is een beetje "Kind van de Zon"', *Nieuwe Revu* 25 april 1975.

Z.a., 'Vlag in top voor "Boven"? Gekkenkrant over Conolly', *Gekkenkrant* 3 (februari 1976) 14, 6-8.

Z.a., 'Psychiatrie', in: *Bulletin van de Cliëntenbond in de Welzijnszorg* 4 (augustus 1976) nr. 2, 7.

Z.a., 'Utrechtse studenten in staking tegen psychiatrie-onderwijs', *De Groene Amsterdammer* 2 maart 1977.

Z.a., 'Aktie tegen "demonstraties" van psychiatrische patiënten', *De Groene Amsterdammer* 1 februari 1978.

Z.a., 'Antipsychiatrie laat patiënt verkommeren. Medisch model hanteren', *de Volkskrant* 7 april 1978.

Z.a., 'Inaugurele rede hoogleraar geeft nieuwe onrust aan Utrechtse fakulteit', *De Groene Amsterdammer* 19 april 1978.

Z.a., 'Prins van dichtbij', *Het Vraagteken* 17 (1978) nr. 1, 1.

Z.a., *Afgeschreven. Een patiënte schrijft haar psychiater* (Kampen 1979).

Z.a., 'Psychiatrie voor de rechter', *'t Narreschip* 1 (1979) 2, 36-39.

Z.a., z.t., *Gekkenkrant*, 6 (augustus 1979) 55, 6-11.

Z.a., 'Aksiegroep "Stop de bio-psychiatrie"', *'t Narreschip* 2 (februari 1980) nr. 4, 20-21.

Z.a., 'Stop de bio-psychiatrie!', *Gekkenkrant* 7 (juni 1980) 28.

Z.a., 'Familie psychiatrische patiënten klaagt haar nood', *Nieuwsbrief Ypsilon* (1988) 21-24.

Zander, J., 'Gesprek met de makers van "De Gekkenkrant"', *De Groene Amsterdammer* 28 augustus 1974, 17.

Zee, H. v.d., en C. Smit, 'Gewoon wat "echte" aandacht', *Bulletin van de Cliëntenbond* 1999, te vinden op www.clientenbond.nl/bulletin/bpp_2.

Register

- Actievere therapie 126, 136, 137, 204
Ader, H. 115, 129
Afweermechanisme, gekte als 10, 73, 90, 91
Aha! Tijdschrift voor alledaagse waanzin 197, 217
Aktiegroep Willem 139, 140
Alcohol 28, 71, 87, 117, 160, 213
Alcoholisme 57, 58
Algemeen Dagblad 26
Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) 41, 113
Alternatieve hulpverlening, *zie ook* Jongeren Advies Centra (JACS), *Release*, Stichting Centrum voor Individueel Advies (SCIA) 30, 52, 63, 131, 147, 194, 197
Amstelland 46, 132-134, 137-139, 142, 143, 147, 149, 151, 156, 157, 160, 161, 163, 164, 168, 186, 187, 204
Andreasen, N. 208, 209
Anstadt, S. 186, 187, 188, 190
Anti-antipsychiatrie 23
Antidepressiva 58, 76, 109, 154, 179, 182, 213, 218
Antideskundigheid 146, 147, 165
Antipsychiatrie
begripsbepaling 10-13
gebruik van term in jaren zeventig 173
geschiedenis van de term 16, 20
Antipsychotica 58, 73, 76, 109, 148, 154, 179, 181, 182, 218
Arbeidstherapie 56, 59, 68, 69, 72, 81, 94, 121, 122, 136, 140, 204
Arends, J. 42, 43, 143
Autonomie 39, 90, 189, 198, 204, 210
Baar, J. van 145, 160, 164
Bakker, B. 39, 46
Bambang Oetomo, R. 98, 99, 114, 115
Barnes, M. 10
Basaglia, F. 11, 21, 173, 192, 193, 197
Bateson, G. 49, 50, 64, 190, 210
Beens, S. 114, 121, 129
Beileroord, psychiatrische inrichting 155
Bejegening 41, 104, 170, 177, 201, 207, 215, 216, 219
Belt 124
Belt, John 124
Bespreekbaarheidsideologie 46
Bevrijdingsbiologie 212-214
Beweging voor Geestelijke Volksgezondheid 47, 201
Bewegingstherapie 19, 81, 94, 110, 113, 144
Bewustzijnsverruiming 15, 28, 32, 36, 90-93, 213
Beyer, B. 16
Bierenbroodspot, P. 60, 64, 70, 79, 90, 112, 122, 123, 134, 135, 137, 141, 157, 164, 186, 203
Biesheuvel, M. 42
Biologisch calvinisme 213
Biologische psychiatrie 16
ontwikkeling van 127, 168, 179-185, 198, 206, 209, 213
verzet tegen 182-185, 205, 218
Bloemendaal, psychiatrisch ziekenhuis 184
Blokker, J. 44, 45
Boersma, B. 56, 57, 59, 60, 62-65, 67, 69, 74, 76, 83-86, 88-92, 95-98, 100, 101, 103, 107, 117, 119, 120, 129
Bond voor Vrijheidsrechten 38

- Bond voor Wetenschappelijke Arbeiders (BWA) 30
- Bont, C. de 118
- Bowlby, J. 52
- Braakspuit 55, 58, 104, 137, 140
- Brandt Corstius, H. 168
- Bredewold, A. 99, 103, 116
- Breugen, M. van 48
- Breur, D. 170, 171
- Brill, W. 185-188
- Brinkgreven, psychiatrisch ziekenhuis 22, 23, 107-132, 141, 142, 144, 204, 207-210
- Broederschapsideaal 37
- Bruijn-Jansen Klomp, W. de 84
- Brunt, E. 213
- Buikhuisen, W. 168, 184
- Bulletin van de Cliëntenbond* 22, 175
- Bunt, J. 55, 116
- Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden (BLGM) 156, 202
- Burgerlijkheid, verzet tegen 36, 48, 51, 53, 55, 116, 120, 165
- Camus, A. 18
- Cannabis/hasj 27, 28, 124, 133, 213
- Carp, E. 137
- Center 47
- Chanowski, T. 133
- Chestnut Lodge 49, 112, 197
- Chloral 153
- Christendom 38, 39, 89
- Cliëntenbond in de Welzijnszorg 43, 170
- Cliëntenemancipatie 214-216
- College voor Ziekenhuisvoorzieningen 108
- Community care* 162
- Conolly, opnameafdeling heren pZ Brinkgreven 9, 13, 14, 15, 55-105
- Cooper, D. 10, 11, 16, 20, 26-28, 38, 48, 64, 65, 85, 91, 112, 117, 139, 141, 149, 150, 156, 164, 172, 173, 177, 192, 197, 198, 201, 202
- Coördinatie Commissie Biochemisch Onderzoek 127
- Creatieve therapie 68, 73, 94, 132
- De Groene Amsterdammer* 31, 44, 191
- De Telegraaf* 29, 44, 48, 174
- De Volkskrant* 26, 44, 48, 179
- De Waarheid* 48
- Delay, J. 153
- Delta, psychiatrisch ziekenhuis 141, 145, 176, 178, 181, 182, 192, 194, 195
- Democratische psychiatrie 16, 168, 192-194, 197
- Deniker, P. 153
- Dennendal 28, 29, 95, 138, 139, 143, 147, 164, 172, 203
- Dennendal-affaire, eerste (1971) 28, 29
- Dennendal-affaire, tweede (1974) 172
- Depotmedicatie 124, 182, 206
- Depressie 9, 18, 35, 42, 46, 74, 75, 77, 80, 86, 88, 91, 93, 98, 102, 151, 153, 180, 194, 208, 212, 218
- Deviant. Tijdschrift tussen psychiatrie en maatschappij* 216, 217
- Diagnostiek 12, 72, 75, 96, 97, 111, 127, 151, 207, 215
- 'Dialectics of Liberation', congres Londen 1967 27
- Dienstweigeraars 28, 35, 138, 139
- Directieve psychotherapie 79
- Doesschate, R. ten 207
- Dolle Mina 30, 37
- Doolgaard, C.B. 44
- 'Double bind-theorie' 49
- Draaideurpsychiatrie 74, 115, 155, 197
- Drift, H. v/d 137
- Duin en Bosch, provinciaal psychiatrisch ziekenhuis 59, 163
- Dwang, gebruik van op Conolly 78, 79
- Eck, L. van 186
- Eeden, F. van 17
- Egodocumenten van mensen met een psychiatrisch verleden 42, 170
- Eijk-Osterholt, C. van 43, 163, 171
- Elektroshockbehandeling 12, 33, 34, 42, 58-60, 97, 174, 175
- Emmer, F. 175
- Encounter-groepen 47, 143, 214
- Endegeest, psychiatrisch ziekenhuis 132, 136, 138, 143, 154, 158, 163, 169, 174, 181, 182, 189
- Epen, H. van 181
- Esquirol, vervolgfafdeling dames pZ Brinkgreven 111, 121-125, 129, 135, 210
- Esterson, A. 50, 150, 157, 202
- Faber, P. 32
- Family Life* 22, 26, 33-35, 39, 42, 44, 48, 50, 52, 85, 140, 141
- Financiële middelen, verruiming van in Nederlandse intramurale psychiatrie 112, 113

- Florestein, G. van 63, 66, 76, 84, 91, 92, 97, 98, 100, 101, 103, 107
- Forman, M. 22, 173
- Fortuin, J. 44
- Foucault, M. 11, 16, 20
- Foudraïne, J. 11-14, 23, 25, 26, 32, 34, 38, 40, 43-45, 47-50, 52, 89, 112, 117, 131, 132, 138, 139, 141-143, 146, 149, 158, 164, 169, 173, 176-178, 182, 191, 192, 197, 198, 201, 202, 214
- Freud, S. 48, 49
- Fromm, E. 38, 39, 47, 48, 64, 129
- Fromm-Reichmann, F. 48-50
- Garnett, T. 33
- Gedragstherapie 55, 123, 126
- Gekkenbelangengroep Utrecht 184
- Gekkenkrant* 22, 23, 26, 28, 35, 36, 38-42, 46, 52, 66, 93, 107, 141, 169-172, 175, 178, 182, 184, 190, 191, 193, 195, 197, 198
- Gelijkheidsideaal 37, 38, 40, 47, 48, 53, 55, 61, 104, 120, 132, 141, 143, 144, 164, 204
- Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid* 21, 162, 169, 171
- Generatieconflicten 141, 164
- Getkate, J. 119
- Gezagsverhoudingen
 democratisering van in psychiatrische ziekenhuizen 40, 43, 59, 114, 116, 131, 144, 156, 165, 201
 hiërarchische in psychiatrische ziekenhuizen 40, 59, 104, 116, 144
- Gezin, ziekmakende 26, 48-53, 89, 132, 202
- Gezins- en relatietherapie/systeemtherapie 49, 56, 61, 63-65, 73, 82-86, 88, 89, 94, 97, 98, 100, 107, 112, 121, 124, 126, 128, 150, 155-159, 165, 186, 188, 189, 202, 203, 210
- Goffman, E. 11, 19, 20, 28, 114, 141, 181
- Goudswaard, H. 35, 39, 175, 183
- Gove, W. 181
- Graaf, D. de 170
- Griesinger, vervolgfafdeling heren PZ Brinkgreven 74, 82, 89, 95, 103, 125, 126
- Grob, G. 14
- Groei personele bezetting psychiatrisch ziekenhuis Brinkgreven 113, 114
- Groen, M. 41
- Groepstherapie 34, 46, 47, 56, 60, 67, 68, 74, 82, 93, 107, 114, 118, 124-126, 128, 140, 145, 146, 148, 150, 158, 161
- Groot Bronswijk, psychiatrisch ziekenhuis 163
- H.C. Rümke-kliniek 97
- Haagse Post* 29, 44, 45, 145
- Haan, W. de 201
- Hak, T. 30
- Haley, J. 49, 64, 65, 79, 88, 89, 91, 190, 210
- Hardeman, W. 145, 179, 181, 198
- Harris, T. 47
- Hart, O. v/d, 186
- Heer, H. de 114, 121-124, 127, 129
- Heerma van Voss, A.J. 29, 44-46, 147, 186, 189
- Heijden, R. v/d 188
- Hendrickx, P. 96-98, 121-124, 147
- Hesse, H. 119
- Het Parool* 44, 213
- Het Vrije Volk* 138
- Hippiehospitalisatie 69
- Hobbitstee, opnameafdeling PZ Endegeest 132
- Hoofdakker, R. v/d 169
- Hooghuys, Het, psychiatrische inrichting 160
- Hospitalisatie 13, 19, 20, 56, 69, 122, 137, 207, 210
- Hout, W.P. v/d 149-151, 161, 162, 164, 201, 204
- Huber, W. 20, 21
- Huize Padua, psychiatrisch ziekenhuis 145, 160, 193
- Humanistische psychologie 63, 145, 150, 165, 203
- Hygiëne, in psychiatrische ziekenhuizen 59, 70, 71, 93, 104, 112, 135, 136, 140
- Imap, *zie ook*: depotmedicatie 82, 89, 181
- Informalisering 40, 143
- Instituut voor Communicatie 47
- Instituut voor Medische Psychotherapie (IMP) 156, 202
- Insuline-comakuur 152
- Interactie Academie 100
- Invalideitsmodel van geestesziekten 198, 205-207, 210, 215, 216, 218
- Jackson, D. 49, 50, 65
- Janssen, M. 196
- Jenner, J. 211
- Jones, M. 123, 134, 144
- Jongeren Advies Centra (JAC's) 30, 147
- Jongorius, P. 150, 169
- Joris, psychiatrisch centrum 137
- Junianus, opnameafdeling psychiatrisch centrum St. Willibrord 159-161, 202

- Kabouters 28, 30
 Kahn, R. 209, 213, 217
 Kal, D. 217
 Kalma, B. 168
 Kapitalisme 21, 32, 36, 37
 Karakterneurose 74-76
 Katholicisme 12, 36, 37, 44, 46, 66, 110
 Katholieke Volkspartij 36
 Keijl, C. 212
 Kempers, B. 125
 Kennedy, J.C. 46, 164
 Kesey, K. 173, 174
 Kety, S. 180
 Kienhorst, G. 59
Kind van de zon 22, 25, 34, 35, 46, 48, 50, 52,
 157, 163, 167, 174, 202, 205
 Kingsley Hall 10, 15
 Klinkenberg, T. van 196
 Koehoorn, J. 95, 96, 99-101, 109, 110, 111
 Kollektief Landelijke Acties in de Psychiatrie
 (KLAP) 171, 191
 Koningin Juliana 34
 Kosmos, De 47
 Kraepelin, E. 75, 129
 Kragten, R. van 216
 Kramer, P. 213
 Kraus, G. 153
 Krishnamurti, J. 119
 Krisiscentrum van het Wilhelmina Gasthuis
 te Amsterdam 160
 Kritische psychiatrie 13, 25-53
 Kuiper, P.C. 150, 151, 156, 157, 164

 Laan, B. v/d 117-119
 Laing, R.D. 10-16, 19, 20, 23, 25-28, 32, 33, 38,
 42, 44, 47-50, 52, 61, 64, 65, 80, 89, 91, 92,
 112, 117, 119, 122, 128, 131, 132, 139, 141, 142,
 148-150, 156, 157, 164, 169, 172, 173, 176-
 178, 190, 192, 197, 198, 201, 202, 210, 214
 Lande, J. v/d 133, 138, 139, 147, 149, 150, 157,
 160, 164, 165, 168, 175, 186, 204
 Landelijke werkgroep krankzinnigenwet 171
 Largactil 58, 153, 154, 179
 Larikshof 148, 156, 158, 164
 Leary, T. 28
 Leedzuigactie 171
 Lewis, A. 180
 Licht en Kracht, psychiatrische inrichting
 116, 137
 Lidz, T. 49, 158
 Lithium 74, 180, 181, 206

 Loach, K. 22, 26, 33
 Lobotomie/leucotomie 152, 153, 173, 174
 Lombroso, verblijfsafdeling dames PZ Brink-
 greven 121, 122, 126
 Lorenz, K. 64
 Losmaking van ouders/echtgenoten 9, 32, 33,
 39, 87-89, 104, 124, 139, 156-159, 186
 LSD 27, 28, 32
 recreatief gebruik van 15
 LSD-therapie 57, 59, 104
 Lucas Lindeboomkliniek, afdeling van PZ
 Bloemendaal 184
 Lunt, A. 17

Maandblad voor Geestelijke volksgezondheid
 (MGV) 21, 30, 107, 185, 189
 Maas, J.R.M. 172
 Maasoord, psychiatrische inrichting 152, 179
 Mak, G. 41, 193, 194
 Manisch-depressieve stoornis 75, 180, 181, 208
 Man-Vrouw-Maatschappij 37
 Marcuse, H. 27
Margriet 37
 Mars, A. 55, 116
 Martha, verblijfsafdeling vrouwen van PZ
 Voorburg 135
 Marxisme 20, 40
 Mathijssen, J. 14, 132, 157
 Maudsley Hospital 134
 Medisch model 11, 13, 14, 16, 19, 23, 36, 43, 45,
 52, 55, 56, 62, 65, 96, 108, 118, 131, 132, 135,
 141, 146, 148, 150, 156, 159, 164, 165, 168,
 173, 178, 179, 184, 191, 198, 201, 203, 205,
 214, 216, 217
 Medisch Opvoedkundig Bureau (MOB) 61,
 108
 Meer, R. van 189, 190
 Melster, E. 17, 18
 Metanoia, psychische crisis als 10, 11
 Meynert, verblijfsafdeling heren PZ Brinkgre-
 ven 125, 126
 Milikowski, H. 36
 Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maat-
 schappelijk Werk 47, 61, 133
 Minuchin, S. 64, 83, 84
 Momma, W. 170
 Moratorium actie 196
 Morfine 153
 Muller, Carel 29, 164, 171, 172
 Muller, Riet 56, 57, 60, 62, 63, 66-69, 71, 74,
 76, 82-84, 86, 87, 91, 92, 94, 95, 98-104,
 107, 117, 129, 147, 164, 204, 206

- Narreschip*, 't 23, 184, 198
 Nationaal Comité Hersenwerk 2002 208
 Nationale Anti-Shock Actie (NASA) 174, 175, 191, 198
 Nationale Federatie voor Geestelijke Volksgezondheid (NFGV) 30
 Nederlandse Vereniging voor Manisch-Depressieven 208
 Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP) 21, 176, 207, 209
 Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie (NVVPN) 151, 182
 Neill, A.S. 60
 Neofreudianen 48, 49
 Neurotransmitters 179, 180
 New Age 47, 214
 Nicholson, J. 173
Nieuwe Revu 26, 140
Nieuwsbrief Ypsilon 189
 Nijenhuis, A. 85, 118
 Nispen, A. van 85, 92, 97, 98, 103, 149
 Noordzij, N. 44
NRC Handelsblad 44, 46, 47
 NVSH 70

 Olsen, S. 17
One flew over the cuckoo's nest 22, 173, 174, 205
One-way screen/eenrichtingspiegel 61, 64, 121, 183
 Oosterse filosofie 92
 Open Rapport-besprekingen 68, 70, 71, 73, 77, 81, 96, 98, 99, 102, 107, 111, 121, 128
 Openheid, verlangen naar 35, 37, 38, 45-48, 53, 55, 61, 67, 68, 104, 111, 118, 120, 126, 127, 131, 132, 147, 148, 152, 156, 164, 204, 213, 214
 Opium 17, 153
 Opnameafdeling 4B van het Willem Arntsz Huis 140, 145, 148, 161
 Opnamefunctie 105
 Osmond, H. 181
 Overeem, E. van 25, 46, 47
 Overvecht, psychiatrische afdeling van ziekenhuis 147, 159, 160, 185, 202

 Packard, E. 17
 Palm, G. 66, 116, 118, 119
 Palo Alto Mental Research Institute 49, 64, 65, 80, 83, 91, 100, 117, 188
 Paradoxe benadering 79-82, 91, 98, 99, 117
 Paraldehyde 153
 Patiëntendemonstraties 34, 40, 183
 Patiëntenfront 32, 52
 Patiëntenraden 143, 171
Patient-staff-meeting 60, 134, 211
 Paull, E. 42, 170
 Paviljoen III, psychiatrische kliniek van de Universiteit van Amsterdam 114
 Poel, E. v/d 196
 Pollmann, T. 185
 Pompe-kliniek 172
 Portier, L. 160
 Poslavsky, A. 144, 153
 Post, J. van 28, 35, 36
 Postema, K. 43, 170
 Praag, H. van 127, 181-185, 217
 Prins, Jacob 110, 111, 121
 Prins, Jan 56, 57, 61-63, 67, 68, 76, 95, 96, 98, 101, 102, 107, 117, 121, 126, 129, 145, 164
 Protestantisme 39
 Protestgeneratie 51, 112, 116, 119
 Provo's 28, 116
 Prozac 213, 214
Psychiatrische patiënt vogelvrij?, symposium Etten-Leur 1973 30
 Psychiatrische tegenbeweging 13, 23, 40, 140, 141, 168, 169-172, 174, 176-179, 182, 183, 185, 190-192, 194, 196-198, 206, 207, 215-217
 Psychoanalyse 45, 48, 49, 57, 79, 150, 155, 173
 Psychodrama 60, 114, 150, 159
 Psycho-educatie 190, 214
 Psychofarmaca, *zie ook*: Lithium, Largactil, Tofranil, Prozac, Seroxat, Zolofit, Antidepressiva, Antipsychotica 28, 32, 33, 58, 66, 76, 77, 103, 104, 109, 114, 126-128, 132, 140, 146, 148, 152-155, 165, 167, 169, 170, 176-178, 180, 182-184, 198, 201, 209, 213-217
 PvdA 65, 175

 Rechtspositie van cliënten in de klinische psychiatrie 13, 17, 170, 171, 215
 Ree, F. van 34
 Regressietherapie 148, 163
 Reich, W. 74
 Reïncarnatietherapie 47, 214
Release 30, 31, 38, 41, 94, 141, 147, 171, 197
 Reve, G. v/h 51
 Rhijn, C. van 57-59, 104
 Rijks Psychiatrische Inrichting te Eindhoven 35
 Rijnland 137, 157, 186
 Robben, C. 144

- Rogers, C. 38, 63, 64, 117, 145
 Rolpatronen, mannelijke en vrouwelijke 39,
 51, 52, 65, 144
 Romme, M. 196, 211
 Rondagh, F. 44
 Rooijmans, H. 169, 176, 181
 Rooy, P. de 37
 Rosen, J. 48, 49
 Rote Armee Fraktion (RAF) 30, 168
 Rümke, H.C. 151, 202
 Ruyter de Wildt, G. 111, 121
- San Giovanni, psychiatrisch ziekenhuis in
 Triëst 21, 192-195
 Sancta Maria, psychiatrisch ziekenhuis 141,
 188
 Santpoort, provinciaal psychiatrisch zieken-
 huis te 25, 35, 46, 133, 136, 181, 182, 194-
 197, 206
 Sartre, J.P. 18, 19
 Satir, V. 64, 65, 83, 89
 Scheer, W. v/d 126, 136-138, 204
 Scheff, T. 11, 117, 181
 Schizofrenie 9, 25, 34, 40, 44, 46, 49, 50, 57,
 64, 74-76, 89, 91, 97, 104, 152, 158, 177,
 180, 184, 187, 189, 190, 201-203, 207, 209,
 215
 Schizofrenogene moeder 49, 50, 158, 188
 Schmidt, A.M.G. 22, 167
 Schnabel, P. 143
 Schneider, J. 148, 158
 Schobben, J. 149
 Schrameijer, F. 35, 191, 196
 Schreeuwtherapie 47
 Schroeder van der Kolk, opnameafdeling da-
 mes PZ Brinkgreven 57, 111, 121, 123, 124,
 128, 129
 Schudel, W. 163
 Searles, H. 48
 Seksualiteit 12, 20, 34, 36, 44, 70, 71
 Selvini Palazzoli, M. 188, 210
 Sengers, W. 30, 37
 Sensitivity-trainingen 47, 66, 114, 118, 146
 Seroxat 213, 217
 Shaffy, R. 25, 34
 Shorter, E. 15, 16
 Siegler, M., 181
 Sivadon, P. 144
 Slaapkuur 35
 Slooten, J. van 192
 Smet, J. de 137
- Sociaal model 23, 57, 62, 63, 65, 73, 94-96,
 117, 148, 150, 155, 156, 185, 191, 199, 202,
 205, 214
 Sociaal-psychiatrisch dienstencentrum
 (SPDC) 196
 Sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen 68,
 100, 162, 211
 Sociaal-psychiatrische diensten (SPD) 100,
 101, 109, 143, 154
 Sociale psychiatrie 148, 154, 195, 196, 211
 Solidariteitscomité SPK 30, 31, 171
 Sontag, S. 26
 Sozialistische Patientenkollektiv (SPK), *zie*
ook: Huber, W., Tweede Wereldoorlog/ho-
 locaust 11, 16, 20, 21, 29, 30, 32, 40, 171,
 173
 Spaink, K. 214
 Spek, J. v/d 152
 Spock, B. 52
 Spruit, P. 68, 85, 89, 108
 St. Bavo, psychiatrisch centrum 141, 162
 St. Franciscushof, psychiatrisch ziekenhuis
 55, 116
 St. Servatius, psychiatrische inrichting 140
 St. Wilibrordus, psychiatrisch centrum 110
 Stärcke, A. 18
 Stegeman, broeder 119, 120, 141
 Stein, R. 61, 88, 92, 95, 96, 100, 101, 108-116,
 127, 130, 156, 164, 165, 202
 Steiner, R. 92
 Stevenz, D. 208
 Stichting Anoiksis 208, 215
 Stichting Centrum voor Individueel Advies
 (SCIA) 35
 Stichting Pandora 27, 167, 170, 195, 212
 Stichting Xoelapepel 47
 Stille Generatie 164
 Stolk, P.J. 176-178, 189, 198, 205
 Stotijn, C. 154, 169, 182
 Strafschoks 137, 174
 Stuten-te Gempt, J. 17
 Sullivan, H.S. 48, 49
 Summerhill 60, 61
 Systeemtherapie 49, 65, 66, 85, 92, 100, 104,
 121, 132
 Szasz, Th. 11, 13, 14, 16, 18, 20, 26, 38, 39, 42,
 47, 112, 117, 139, 141, 148, 149, 169, 173, 176,
 177
- Tavistock Institute of Human Relations 50
 TBC 26

- Te gek om los te lopen*, congres Amsterdam
1970 30, 45
- Tellegen, E. 42, 52
- Tenten, H. 116, 120, 122
- Terruwe, A. 46
- Teuns, S. 30
- Therapeutische gemeenschap (TG) 33-35, 44, 46, 56, 60, 61, 67-70, 100, 101, 108, 112, 114, 115, 121-124, 126, 127, 133-135, 140, 145, 148-150, 162, 172, 187, 197, 201-203, 210, 211
- Therapeutische ontvoering 157
- Thoolen, G. 32
- Tijdschrift voor Psychiatrie (TvP)* 21, 150, 157, 169, 182
- Tijdschrift voor Psychotherapie* 151
- Timmermans, G. 65, 70, 116, 119
- Tocht van de Rammelende Sleutelbossen 170
- Toestanden* 22, 32, 35, 42, 50, 52, 133, 140, 141, 144, 147, 157, 202
- Tofranil 58
- Tolkien, J.R.R. 119, 132, 172
- Tolsma, F.J. 179
- Tonkens, E. 28
- Tranquillizers 28, 43, 76, 148, 182, 213
- Trimbos, C. 11, 13, 31, 101, 129, 148, 156, 164, 173, 192, 195, 196, 202
- Trouw* 101, 160
- Tweede Wereldoorlog/holocaust 21, 29, 30, 46, 134, 140, 145, 155, 156, 171, 172
- Twen* 51
- Uniformen, dragen van door het personeel in psychiatrische ziekenhuizen 20, 34, 58, 96, 110, 116, 142, 143, 162, 173
- Valeriuskliniek, psychiatrische universiteitskliniek van de Vrije Universiteit van Amsterdam 171
- Vanvugt, E. 27
- Veldwijk, psychiatrisch ziekenhuis 145, 179
- Ven, P. v/d 91
- Vereniging voor Werkers in Psychotherapeutische Gemeenschappen (VWPG) 124, 135
- Vereniging Ypsilon 187-189
- Vermaatschappelijking 165, 208, 216, 217
- Vervreemding 25, 27, 36, 37, 214
- Verzetstherapie 29-32, 63
- Viersprong, De 122, 150
- Vijverdal, psycho-medisch streekcentrum 131, 149
- Villa 21 20, 112, 149, 197
- Vinkenooog, S. 27
- Visser, K. 137
- Vogelenzang, psychiatrisch ziekenhuis 34, 131, 134, 139, 146, 158, 175, 191, 192
- Voorburg, psychiatrisch ziekenhuis 135, 174
- Vooroorlogse generatie 164
- Vrederust, psychiatrisch ziekenhuis 41, 141, 153
- Vrij Nederland* 26, 95, 178
- Vrijheid, pleidooi voor de verruiming van de individuele 37-39, 47
- Vrijman, J. 51
- Watts, A. 92
- Watzlawick, P. 64, 65, 112, 117, 122, 128, 190
- Weakland, J. 49
- Wegloophuis Amsterdam 215
- Wegloophuis Den Haag 194
- Wegloophuis Haarlem 194
- Wegloophuis Rotterdam 194, 197
- Wegloophuis Utrecht 197
- Wegloophuizen 194, 197, 206
- Weidema, H. 59
- Weijel, J. 39
- Welterhof, psychiatrisch centrum 135, 141, 142, 146, 149, 160-162, 201
- Welzijnsrevolutie 37
- Werkgroep Psychiatrie Rotterdam 194
- Werkplaats voor Levenskunst 28
- Werkteater (Koöperatieve Vereniging Het) 22, 32, 133, 141, 144
- Werlemaan, E. 147
- Wertenbroek, M.J.H.M. 151
- Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) 215
- Whitaker, C. 48
- Wiardi Beckman Stichting 37
- Wielhouwer, A. 64, 66, 69, 99, 100
- Wielhouwer, broeder 119, 141
- Wilk, H. v/d 196
- Willem Arntsz Hoeve 139, 144
- Willem Arntsz Huis 140, 145, 148, 161, 179, 216
- Willem Arntsz Stichting 28, 29, 136, 153
- Witte krant/de papieren tijger* 27, 51
- Witteman, P. 212, 213
- Wolfheze, psychiatrische inrichting 137, 143, 163
- Woltz, W. 44
- World Health Organization (WHO) 192
- Woude, H. v/d 58, 67, 80, 94, 98, 99, 102, 103

- Zaakwaarnemers 43, 170
Zappa, F. 51, 69
Zelfontplooiing 11, 26-29, 32, 35, 36, 38-40,
44, 52, 165, 191, 204, 210, 213, 214
Ziektewinst 64
Zijlstra, R. 155
Zoloft 213
Zon en Schild, psychiatrisch ziekenhuis 148,
158
Zonneveld, L. 31
Zuideroord 134, 135, 137, 142, 143, 164, 204
Zuysel, De, opleidingsschool voor psychia-
trisch verpleegkundigen 117-119, 128