

File ID 84722
Filename HOOFDSTUK 7 'Laat je ontploffen, heus het helpt!'

SOURCE (OR PART OF THE FOLLOWING SOURCE):

Type Dissertation
Title De psychohygienisten. Psychiatrie, cultuurkritiek en de beweging voor geestelijke volksgezondheid in Nederland, 1924-1970
Author L.M.L.M. de Goei
Faculty Faculty of Humanities
Year 2001
Pages 415
ISBN 9058750256

FULL BIBLIOGRAPHIC DETAILS:

<http://dare.uva.nl/record/91093>

Copyright

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use.

‘Laat je ontploffen, heus het helpt!’

Halverwege de jaren zestig namen de psychohygiënisten vol zelfvertrouwen de taak op zich om de verouderde mentale structuren aan te passen aan de eisen van de moderne tijd. Rond 1970 zou er van die zelfverzekerdheid niets meer over zijn.

In dat jaar werd de bevrijding herdacht, toen vijftwintig jaar geleden. Ook de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid wilde stilstaan bij dit heuglijke feit. Maar niet omdat men veel aanleiding zag tot vreugde: ‘De ontwikkelingen binnen de geestelijke gezondheidszorg na de bevrijding in 1945 zijn niet van dien aard dat zij tot veel optimisme aanleiding geven’, zo constateerde men somber. De Nederlanders mochten bevrijd zijn van de Duitse bezetters, bevrijd van ‘onmacht, angst, moedeloosheid, redeloze agressie en diskriminatie’ waren zij nog geenszins. Daarom organiseerde de NFGV op 20 november 1970 een congres, *Te gek om los te lopen*, dat de aanloop moest vormen tot ‘een kritische heroriëntatie van de geestelijke gezondheidszorg’. Bovendien zou het congres in de maatschappij meer interesse moeten wekken voor ‘de opbouw van een geestelijk gezonde samenleving’.¹

Aan aandacht voor het congres ontbrak het in ieder geval niet. Op 17 oktober meldde *Vrij Nederland*: ‘Sinds een dag of tien worden een honderd mensen per dag afgewezen – opgeven heeft dus geen zin meer.’² Ruim voor 20 november liet het zich ook al aanzien dat de beoogde ‘kritische heroriëntatie’ het karakter zou kunnen krijgen van een ware explosie. In oktober voorspelde *De Tijd*: de geestelijke gezondheidszorg zal die dag in Amsterdam ‘worden opgeblazen uit totale onvrede, ja aan wanhoop grenzende moedeloosheid van de duizenden werkers op dit terrein’. Die onvrede kwam voort uit machteloosheid. Een ‘immer wassende stroom geestelijke nood’ overspoelde de GGZ, maar er was geen middel waarmee de stroom kon worden gekeerd. Behandelen was, voorzover men daar al aan toe kwam, immers volstrekt nutteloos. Want daarna werden ‘de neurotici, wanhopigen, potentiële zelfmoordenaars, moeilijk opvoedbaren, alcoholisten, delinquenten en al die anderen die in de knoop zitten’ weer teruggezet in dezelfde omgeving die hen geestelijk ziek had gemaakt en dat vermoedelijk weer zou doen. ‘Niet de geesteszieke, maar de maatschappij is ziek en zij zal moeten worden genezen, dat wil zeggen: op essentiële punten veranderd. [...] Maatschappijverandering is dus het doel: een gigantische taak.’³

Op het congres zelf werd de hulpverlening op psychisch gebied met

oorlogsgeneeskunde vergeleken, 'waarbij men de gewonde oplapt om hem zo spoedig mogelijk weer aan de kanonnen bloot te kunnen stellen'. De GGZ, zo hield Trimbos de congresgangers voor, was totaal vervreemd van het 'immense universum van de huidige psychosociale nood, van psychisch verknoeide levens, van onmacht en vervreemding, van mislukking, angsten en eenzaamheid, van onvrijheid, van liefdes-onmacht, maar ook van prestatiehonger, de ijdelheid en het machtsmisbruik, van de verslavingen en sociale devianties, van agressie, geweld en repressie, van homicide, suïcide, het universum van intolerantie en diskriminatie'.⁴

KOM OOK NAAR TE GEK OM LOS TE LOPEN



De term 'geestelijke gezondheid' ligt velen vóór in de mond. Maar hoe staat het eigenlijk met die geestelijke gezondheid in Nederland en - meer nog - met de zorg daarvoor in dit land?

De Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid gaat die vraag onder ogen zien op een congres op VRIJDAG 20 NOVEMBER '70 in de Amsterdamsche RAI. Dit congres moet de aanloop worden tot een kritische heroriëntatie van de geestelijke gezondheidszorg en tot een grotere maatschappelijke belangstelling voor geestelijke gezondheid in de komende jaren. Titel van het congres:

TE GEK OM LOS TE LOPEN

Als u zich door beroep of functie ook naar even voor deze vragen interesseert, dan is het te gek om dit congres voorbij te lopen.

HOE U BINNENGLOOPT:

Voor 15 oktober f 10,- storten als inschrijfgeld op giro 28 89 86 t.n.v. De Nat. Fed. v. d. Geest. Volksgezondheid onder vermelding 'Congres'. Voor 1 november krijgt u dan de documentatiemap. Wilt u tavene (wat natuurlijk beter is) in de RAI lunch en consumpties gebruiken, stort dan geen f 10,- maar f 20,50.

*Folder voor het congres
Te gek om los te lopen,
1970*

Chaotische taferelen speelden zich af tijdens *Te gek om los te lopen*. Meer dan 1500 mensen discussieerden er plenair met elkaar over de veel te grote afstand tussen 'professionals en consumenten', over het gebrek aan inspraak van 'consumenten' en van 'de werkers zelf', en over de veel te hoge salarissen van met name psychiaters. Er werd voorgesteld om



Congres Te gek om los te lopen, 20 november 1970

twee weken te gaan staken, en zo het ministerie van Defensie te dwingen 10 miljoen gulden van haar begroting naar de GGZ door te sluisen. Toen een man het podium betrad die zich beklagde over de (eveneens aanwezige) behandelend psychiater van zijn opgenomen vrouw, steeg de verwarring ten top en werden de onmacht en frustratie voor de 1500 congresgangers wel haast ondraaglijk.⁵

Daags na het congres berichtte *De Volkskrant*: 'Op enkele optimisten na zijn de 1500 deelnemers van het congres *Te gek om los te lopen* in de Amsterdamse RAI verslagen naar huis teruggekeerd.'⁶ 'Verslagen': nu niet direct een aanduiding die paste bij de enthousiaste, voortvarende psychohygiënisten uit het vorige hoofdstuk. Hoe was dat mogelijk?

Tussen 1965 en 1970 veranderde er veel in Nederland. Zagen buitenlanders begin jaren zestig Staphorst, dijken, windmolens, tulpen en klompen voor zich wanneer ze aan ons land dachten, anno 1970 werd Nederland vereenzelvigd met het tot 'magies' hippie-centrum gebombardeerde Amsterdam waar Kabouters de stad en marxistische studenten de universiteit bestuurden.

De jaren tussen 1948 en 1973 zijn wel eens aangeduid als de gouden kwart eeuw, een periode van weergaloze economische groei. Tussen 1948 en 1962 verdubbelde de industriële productie, het BNP groeide gemid-

deld met bijna 5 procent per jaar tussen 1953 en 1973, en vooral na 1960 was er sprake van een spectaculaire groei van het persoonlijk welvaartspeil. Steeds meer Nederlandse gezinnen beschikten over duurzame consumptiegoederen, zoals een auto, koelkast en televisie. De werkweek werd verkort tot vijf dagen en in 1963 werd een wettelijke vakantieregeling getroffen. Vanaf datzelfde jaar raakte de (anticonceptie)pil ingeburgerd. Tegelijkertijd maakte de overheid ernst met de uitbouw van de Nederlandse verzorgingsstaat. Er kwam een verfijnd stelsel van sociale zekerheid tot ontwikkeling: de Algemene Ouderdomswet (AOW), al in 1957 totstandgekomen, werd gevolgd door de Algemene Kinderbijslagwet (1963), de Algemene Bijstandswet (1965), een herziene Ziektewet (1967), de Wet Arbeidsongeschiktheidsverzekering (1967) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ, 1967). Onderwijs werd voor een groeiend aantal mensen toegankelijk en er werd veel meer gebruikgemaakt van onderwijsvoorzieningen. Tussen 1950 en 1968 steeg het aantal mensen tussen de 3 en 25 jaar dat geschoold werd van 54 naar 63 procent. Vooral in het hoger onderwijs was de groei sterk: gingen er in 1960 van elke duizend in de leeftijdscategorie 18-25 jaar zo'n 31 mensen naar universiteit of hogeschool, in 1970 was hun aantal gestegen tot 52.

Dit alles legde de basis voor de ontwikkeling van een geseculariseerde samenleving en voor het ontstaan van culturele uitingen van verzet, vanaf het midden van de jaren zestig. Hadden de zuilen tot die tijd een omvangrijk kerkbezoek en een hoog geboortecijfer instandgehouden en blonk Nederland als trouwe bondgenoot van Amerika uit in anticommunisme en atlanticisme, na een decennium vol provo en afvallige katholieken bleek Nederland voorop te lopen in tolerantie en progressiviteit. In 1973 verklaarde Joop den Uyl, minister-president van het meest progressieve kabinet dat Nederland ooit kende, ons land tot morele en politieke 'gids voor de wereld'. Nu trokken de Nederlandse opvattingen over softdrugs, prostitutie, homoseksualiteit, het koningshuis en orde en gezag de aandacht van de buitenlandse pers.⁷

In het recente historische debat over deze maatschappelijke dijkdoorbraak staan twee interpretaties tegenover elkaar. Hans Righart houdt het in *De eindeloze jaren zestig* op een generatieconflict. Door de snelle materiële veranderingen, de modernisering en de ontzuiling zou de vooroorlogse generatie in crisis zijn geraakt en ontstond een onoverbrugbare kloof met de zich verzettende naoorlogse generatie. James Kennedy schrijft in *Nieuw Babylon in aanbouw* dat het met die kloof in Nederland juist wel meeviel. Aanhangers van de tegencultuur benadrukten punten die al eerder weerklank hadden gevonden binnen de dominante cultuur. Kennedy meent dat de culturele revolutie van de jaren zestig in ons land gestuurd, zelfs aangemoedigd werd door gematigde en ouderwetse ge-

zagsdragers die ervoor kozen om de onvermijdelijke moderne ontwikkelingen te kanaliseren en in de hand te houden.⁸ De geschiedenis van de psychohygiënisten in dit decennium laat zien dat er voor beide thesen iets te zeggen valt. Ik zal daar aan het einde van dit hoofdstuk op terugkomen.

Tussen 1965 en 1970 veranderde er dus veel in Nederland. Niet alleen in de maatschappij als geheel, ook de traditionele psychiatrische inrichting onderging in deze periode ingrijpende veranderingen. Tot 1970 was de psychiatrische inrichting volstrekt gemarginaliseerd, na *Te gek om los te lopen* stond zij plotsklaps in het middelpunt van ieders belangstelling. Begin dat jaar draaide de zwakzinnigeninrichting Dennendal 'dol door Kabouters', zoals *De Telegraaf* als eerste berichtte; de hele Nederlandse pers zou zich daarna op deze uithoek van de Nederlandse samenleving werpen. In mei verscheen Jan Foudraines nationale bestseller *Wie is van hout...*, waardoor de psychiatrie en de psychiatrische inrichting alle aandacht op zich vestigden. Het zeer populaire *Soldaat van Oranje* moest ervoor wijken van de eerste plaats op de toptien-boekenlijst. En behalve strijdbare deskundigen, lieten na 1970 ineens ook (ex)-patiënten van zich horen. Psychiatrie werd een gangbaar onderwerp in de gewone pers. Een publieke zaak.⁹

Door de ingrijpende veranderingen en vernieuwingen die na 1965 op gang kwamen, zowel in de traditionele psychiatrische inrichting als in de wereld daarbuiten, veranderden ook de verhoudingen tussen beweging, psychiatrie en maatschappij. Hieronder zal blijken dat 'gestichtpsychiatrie' en 'modernisering' niet langer zonder meer bruikbaar waren als objecten van de psychohygiënische kritiek. Laten we eerst terugkeren naar de inrichtingen en de ontwikkelingen volgen vanaf het midden van de jaren zestig.

I. 'BRUISEND CENTRUM'

In 1966 hield het psychiatrisch centrum Endegeest een persconferentie. Na de rondleiding van de geneesheer-directeur bleken de verzamelde journalisten erg onder de indruk. Het waren echter niet de armoedige en mensonterende tafereelen die Van der Scheer begin jaren vijftig schetste, waarover zij naar aanleiding van hun bezoek berichtten. 'Endegeest anno 1966 – een inrichting om trots op te zijn' en 'bruisend centrum van positief gerichte, actieve geestelijke gezondheidszorg' kon men daags daarna in Leiden en omstreken in de krant lezen over het ziekenhuis, waar de metershoge hekken met prikkeldraad inmiddels waren vervangen door lage muurtjes.¹⁰ De toonzetting was misschien wat aan de optimistische kant, onmiskenbaar is echter dat de traditionele psychiatrische inrichting na 1965 ingrijpend veranderde.

Vanaf het begin van de jaren zestig deelden ook de psychiatrische inrichtingen in de algemene welvaartsstijging. Dat werd het meest zichtbaar toen in 1967 de financiering van de psychiatrische ziekenhuizen kwam te vallen onder de zogeheten Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Deze verplichte aanvullende ziektekostenverzekering voor de hele bevolking vergoedde voortaan de kosten van het hele verblijf. De verpleegprijzen konden worden verhoogd en daarmee zette een ongekende groei in van de financiële middelen, die tot begin jaren tachtig zou voortduren.

De grotere financiële armslag benutte men vooral voor de verbetering van de personele bezetting, zowel in kwantitatieve als in kwalitatieve zin. De formatie groeide, het opleidingsniveau ging omhoog en de beroepsstructuur in de inrichtingen werd meer gedifferentieerd. Tegelijkertijd liep de patiëntenpopulatie langzaam maar gestaag terug, vooral door het gebruik van psychofarmaca en de verbeterde en meer gedifferentieerde zorg en begeleiding buiten de inrichting. De verhouding tussen het aantal behandelaars/verpleegkundigen en patiënten veranderde in gunstige zin en ook de doorstroom nam enorm toe. Vanaf het midden van de jaren zestig leek het oude negentiende-eeuwse ideaal van een gesticht waar mensen voor korte tijd werden opgenomen om spoedig hersteld naar huis te kunnen terugkeren, voor een grote groep patiënten werkelijkheid te worden. En dat niet alleen: veruit het grootste aantal patiënten, zo'n 75 procent, verbleef er inmiddels op basis van vrijwilligheid.¹¹

Halverwege de jaren zestig schreef De Smet, geneesheer-directeur van het gesticht St. Willibrord in Heiloo: 'Alles wat wij deden met onze patiënten heette "therapie": arbeidstherapie, sociotherapie, zangtherapie, vistherapie, creatieve therapie, sporttherapie, etc. Sterker zelfs: als de patiënt naar de werkplaats ging, dan heette dat naar *de* therapie. Zo beschadigden wij ongewild onze verpleegden door enkel in te spelen op hun patiënt-zijn, door hen in te spinnen in hun situatie van volledige afhankelijkheid en het proces van dehumanisatie op hen te laten inwerken. De resultaten van deze benadering waren navenant en de verstopping van de doorstroming, waaraan wij momenteel zo pijnlijk laboreren, vindt in deze attitude voor een deel haar oorsprong. Wij zijn nu overal doende het roer, waarmee wij zulk een kwalijke koers hebben gevaren, om te gooien [...].'¹²

De strijd tegen het 'proces van dehumanisatie' werd ook elders met kracht ingezet. In de Utrechtse Willem Arntsz Stichting raakte de directie er begin jaren zestig ook van overtuigd dat, wilde men werkelijk vernieuwingen op gang brengen, de patiënten minder afhankelijk zouden moeten zijn en dat de verpleegkundigen hen meer moesten aanzetten tot zelfwerkzaamheid. Maar zolang de verpleegkundigen zelf werden opge-



Wolpluizen als 'therapie', St. Willibrord te Heiloo, begin jaren vijftig

leid tot strikte gehoorzaamheid en het uitspreken van een eigen mening hen uitermate moeilijk viel, zouden de patiënten daartoe evenmin in staat zijn. Emancipatie van het verplegend personeel was dus een eerste vereiste. Hun moest worden bijgebracht dat contact leggen met de patiënten veel belangrijker was dan het netjes zemen van de ramen of het onberispelijk opmaken van de bedden. Om een dergelijke omslag te vergemakkelijken werd het aantal huishoudelijke taken verminderd en kreeg de verpleging de verantwoordelijkheid voor een vaste patiëntengroep, die zij de hele dag begeleidde. Ook betrok de leiding de verpleging in toenemende mate bij het opstellen van behandelplannen. In de loop van de jaren zestig verdween de dienstkleeding van het personeel, evenals de gestichtskleding van de patiënten.

Andere veranderingen die het dagelijks leven van de patiënten in de Willem Arntsz Stichting ingrijpend beïnvloedden, betroffen zaken als zelf boodschappen doen, zelf huishoudelijke taken verrichten, over eigen geld beschikken en een paspoort aanschaffen. In de arbeidstherapie, nog steeds de belangrijkste therapie, was steeds meer aandacht voor de communicatie tussen de patiënten en steeds minder voor de productie. In Utrecht richtte men een door patiënten georganiseerd en beheerd sociaal-cultureel centrum in, en kwam er voor patiënten die daaraan toe waren de mogelijkheid om zelfstandig te wonen. Teneinde de hospitali-

satie terug te dringen, splitste men de paviljoens op in kleinere leefgroepen waar patiënten werden verpleegd en behandeld die hetzelfde soort gedrag vertoonden en een overeenkomstige behandeling behoefden.¹³

Ook in Santpoort probeerde men in het ziekenhuis een differentiatie van afdelingen door te voeren overeenkomstig de aard en het doel van de behandeling. Tegen het einde van de jaren zestig werd daar ook een begin gemaakt met groepspsychotherapie op verschillende afdelingen en met *patient-staff-meetings*, om het contact tussen de patiënten onderling en tussen hen en de staf te stimuleren. In Santpoort kregen de vernieuwingen het karakter van een ware ommekeer toen in 1968 de jeugdkliniek Amstelland werd opgericht, gebaseerd op de principes van de therapeutische gemeenschap (TG).¹⁴

Een therapeutische gemeenschap

De TG gold als symbool voor de veranderde visie op de patiënt en de therapie die zich vanaf midden jaren zestig voltrok. Het traditionele psychiatrische ziekenhuis en het vigerende psychiatrische model stonden symbool voor de 'oude' benaderingswijze.¹⁵

Querido had vlak na de oorlog op het *Nationaal Congres Volksgezondheid* verslag gedaan van de veelbelovende experimenten met groepstherapie in de geallieerde legers. Er was daarna in Nederland ook op beperkte schaal gewerkt met groepstherapie. In het Militair Neurose Hospitaal Austerlitz (1946), waar soldaten werden behandeld die neurotische klachten ontwikkelden als gevolg van oorlogservaringen, in Veluweland (1949) en in De Viersprong (1957) werkte men volgens de principes van de psychotherapeutische gemeenschap. Ook in de Jelgersma-kliniek van Carp werd midden jaren vijftig met groepstherapie geëxperimenteerd. Maar pas in de tweede helft van de jaren zestig, toen de psychiatrische inrichtingen een wat ruimere financiële armslag kregen, werd de door de Engelse psychiater Maxwell Jones uitgewerkte methode ook op grotere schaal ingevoerd in de Nederlandse psychiatrie.

Jones werkte in de oorlog in het Maudsley Hospital waar hij een afdeling leidde voor soldaten die leden aan het zogenoemde *effort syndrome*, een ziektebeeld dat veel overeenkomsten vertoonde met de *shell shock* uit de Eerste Wereldoorlog. Jones meende dat de klachten van zijn patiënten psychosomatisch waren en ontwikkelde een therapie waarin zij, met behulp van een bliksemcursus anatomie en fysiologie, tot datzelfde inzicht zouden moeten komen. Individuele behandeling was niet mogelijk en dus gaf Jones zijn uitleg steeds aan een groep soldaten.

Al snel raakten de patiënten onderling aan de praat en bleken zij meer van elkaar dan van hem aan te nemen. De patiënten werden zo onderdeel van hun eigen therapie en ook het verplegend personeel raakte er inten-

sief bij betrokken. Tijdens de zogeheten *patient-staff-meetings* begonnen zij geleidelijk aan ook andere onderwerpen te bespreken, zoals hun persoonlijke achtergrond, maar ook de gang van zaken in het ziekenhuis, waardoor het wederzijds begrip werd bevorderd en de afdelings sfeer verbeterde. De patiënten – na soldaten behandelde Jones ex-krijgsgevangenen en langdurig werklozen – reageerden op de ziekenhuisgemeenschap zoals zij op de samenleving reageerden. Het hele inrichtingsgebeuren zou dus ook onderdeel moeten zijn van de behandeling. Jones publiceerde het concept van de TG, waarin vrije communicatie en gelijkwaardigheid tussen patiënt, arts en verpleging als ideaal golden, in 1952 in zijn *Social psychiatry. A study of therapeutic communities*, in 1953 in Amerika uitgebracht onder de titel *The therapeutic community*.

De beginselen van de TG werden voor de Nederlandse psychiatrische inrichtingen uitgewerkt door de in Santpoort opgeleide psychiater P. Bierenbroodspot in zijn proefschrift *De therapeutische gemeenschap en het traditionele ziekenhuis* (1969). Bierenbroodspot was verbonden geweest aan de in 1966 opgerichte TG van het psychiatrisch ziekenhuis St. Willibrord in Heiloo, de Oosthoek, en zou begin jaren zeventig mede-oprichter zijn van de tweede TG in Santpoort, Rijnland. Zijn boek, dat vijf herdrukken beleefde in acht jaar, droeg in belangrijke mate bij aan de verdere verbreiding van het ideaal van de TG als alternatief voor de traditionele psychiatrische inrichting in Nederland.¹⁶

In Santpoort, maar ook elders, combineerde men de principes van de TG met de uit de jaren vijftig uit Frankrijk stammende en daarna door



Stafvergadering in de therapeutische gemeenschap 'Rijnland'; rechts P. Bierenbroodspot

Nederlandse psychiaters uitgewerkte ideeën over sociotherapie. De Franse psychiaters P. Sivadon en G. Daumézou zagen verlies van contact met de sociale omgeving als het meest wezenlijke kenmerk van de geesteszieke. De therapie moest het contact herstellen. Het ging daarbij, zo stelde Sivadon, niet om orde en netheid (zoals bij de 'actievere therapie' van Simon) maar om het uiten van emoties en om intermenselijk contact. Groepstherapie, psychodrama en door patiënten zelf georganiseerde toneelavonden en sportclubs konden het groepscontact stimuleren. In Nederland werkte Carp en na hem de zenuwarts P.J. Jongerius de praktijk van de sociotherapie verder uit. De laatste zag in sociotherapie niet zozeer een theoretisch therapeutisch stelsel als wel een mentaliteit. 'Sociotherapie', schreef hij in 1963, 'houdt niets meer of minder in dan een medemenselijk (sociaal) bewogen zijn met de ander [...] een intensieve interesse in en drang tot begrijpen van de patiënt als mens.' Jongerius vond dat de inrichting een zo 'gunstig mogelijk klimaat moest formeren voor de uitgroei van de persoonlijkheid, door middel van het manipuleren met en hanteren van de wereld die de patiënt omgeeft'. In Santpoort wilde men de inrichting transformeren tot een TG waarin de sociotherapie de belangrijkste behandelvorm was.

De kritiek op de 'dehumaniserende' werking van het ziekenhuis werd verder uitgewerkt op basis van kritisch sociologisch onderzoek, zoals Goffmans *Asylums* (1961). Het ziekenhuis isoleerde en hield de patiënt gevangen in afhankelijkheid en leidde zo tot het ontstaan van chroniciteit, zo stelde Goffman vast. Het regime was er gericht op aanpassing, op conformeren en beheersen van gedrag. Dat werkte niet de genezing maar bestendiging van de ziekte in de hand. Een almachtige dokter zwaaide er de scepter en de communicatie met verpleegkundigen en patiënten was eenzijdig en gebrekkig. Het medisch model vereenzelvigde de patiënt bovendien met haar of zijn ziekte of ziektebeeld – het gevolg van een somatische-cerebrale aandoening, en hechtte nauwelijks belang aan de rol van de sociale omgeving, de maatschappij en het gezin bij het ontstaan van psychische stoornissen. De voornamelijk op een klinische en biologische ziekteleer gebaseerde en op het 'zieke' individu gerichte psychiatrie diende plaats te maken voor een primair sociale en psychologische benadering, die bij voorkeur gestalte kreeg in een groep en een gemeenschap.¹⁷

Wat sinds de introductie van de psychofarmaca in de jaren vijftig onder de oppervlakte sluimerde, kon op basis van de sterk verbeterde (financiële) situatie vanaf het midden van de jaren zestig door vernieuwers binnen de ziekenhuizen worden gerealiseerd. Individuele psychotherapie, sociotherapie en groepstherapie vormden de peilers van dit veranderde behan-

delklimaat. Voorop stond de overtuiging dat een primair sociale en psychologische benadering noodzakelijk was, en dat hield onvermijdelijk in dat het traditionele psychiatrische ziekenhuis fundamenteel moest veranderen.

Rond 1970 werd de roep om verandering luider en vooral radicaler. In het ziekenhuis kwam een toenemend aantal kritische (leerling-)verpleegkundigen en niet-medisch opgeleide professionals werken, en ook de patiënten lieten luid en duidelijk van zich horen. De tegenbeweging verklaarde het psychiatrisch ziekenhuis, als 'bolwerk' van een onderdrukkende maatschappelijke orde, tot een van haar belangrijkste strijdtonelen en de antipsychiatrie deed zijn intrede in Nederland. Bekende en ook in Nederland veelgelezen 'anti-psychiaters' zoals Thomas Szasz en Ronald Laing voegden aan het idee dat psychiatrische inrichtingen als instrument dienden om onaangepaste burgers uit de maatschappij te verwijderen, nog een andere belangrijke notie toe: niet de geesteszieke maar de maatschappij was gestoord en 'normale' mensen die zich hadden aangepast aan deze krankzinnige wereld waren dus eigenlijk 'abnormaal'. De enige mensen die dit inzagen waren psychotici. Een psychose was dus geen 'ziekte' die men moest onderdrukken en zo snel mogelijk genezen, maar een leerzame reis, een levensfase waar het individu doorheen moest om uiteindelijk op een hoger niveau te geraken. De geesteszieke was dus niet alleen slachtoffer maar ook held.¹⁸

En de psychohygiënist? Ook zij raakten ervan doordrongen dat wezenlijke en diepgaande veranderingen noodzakelijk waren – niet in de laatste plaats in eigen huis.

2. HET PSYCHOHYGIËNISCH ONVERMOGEN

'De man met de steeds gemiste kansen, de chronisch onbevredigde en aan zelfmedelijden te gronde gaande huisvrouw, de eeuwig achterdochtige, de periodiek depressieve, de alcoholist, de huwelijkszwendelaar, de sexuele knoeier, de recidiverende delinquent, de machtswellusteling, de onverzadigbaar geldingsdorstige, de zelfmoordenaar, maar ook de onruststoker, de haatzaaier, de huistiran, de roddelaar, de echtbreker, de opsnijder': zo beschreef Trimbos de psychisch gestoorde mens in 1960 in *Katholieke Gezondheidszorg*. Hoewel hij in vergelijking met zijn wetenschappelijke werk hier een meer radicale stellingname betrok als het ging om de pathogene werking van de maatschappij, opperde Trimbos dienaangaande ook nu vooral vermoedens. De meest gangbare opvatting, zo schreef hij, was om de oorzaken van psychische stoornissen te zoeken in een mislukte aanpassing van het individu aan de regels van de gemeenschap. Een verkeerde aanleg, een verkeerde uitgroei of ontwikkeling van de indivi-

duale geestelijke vermogens, was, in samenhang met de steeds ingewikkelder wordende samenleving, verantwoordelijk voor het feit dat steeds meer mensen onaangepast en psychisch gestoord raakten. De remedie bestond dan ook uit op het individu gerichte activiteiten. Maar, zo vervolgde Trimbos, er was 'een nieuwe opvatting groeiende'. Onder verwijzing naar Freud, maar vooral naar Horney, Sullivan en Fromm, legde Trimbos zijn lezers de mogelijkheid voor dat niet het individu maar de gemeenschap 'ziek' zou kunnen zijn. Zou er, zo vroeg hij zich af, sprake kunnen zijn van een 'cultuurpathologie'?¹⁹

In 1968 stelde Weijel de vraag: 'Mag menselijk ongeluk worden toegeschreven aan het individu?' Zijn antwoord op deze vraag luidde: 'We zijn met ons hele materiële, psychische, geestelijke en culturele bestaan nauw verbonden met de directe omgeving en het grote maatschappelijke geheel.' Het ging Weijel niet om de psychisch gestoorde en hun individueel bepaalde lijden zoals door Trimbos opgesomd, laat staan om psychiatrische patiënten, maar om 'ongelukkig zijn' als gevolg van machten en wetmatigheden die zich buiten het individu afspeelden: 'Hoevelen lijden niet hun gehele leven door de vroege dood van een ouder, door ongenoegen in het ouderlijk gezin, door scheiding, door onvoldoende opleiding, door gebrek aan geld of onbegrip van ouders en onderwijzers, door verkeerde scholing of mislukte vakopleiding, door verkeerde huwelijkskeuze, moeilijkheden met de kinderen, door de eigen opvoedingsfouten, onbevredigdheid in het werk, tobben door eenzaamheid en vereenzaming?'²⁰

In 1960 vormden 'zwakzinnigenzorg' en 'psychiatrische inrichtingen' belangrijke rubrieken in het register van het *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, in 1968 was de rubriek 'homofilie' een van de grootste. Thema's als 'abortus', 'underdogs', 'discriminatie', 'de pil', 'sterilisatie' en 'druggebruik', hadden hun weg gevonden naar de kolommen van het blad en 'taboes' volgde een jaar later. 'Ongelukkig zijn' en 'welzijnsnood' (ook een term van Weijel): dat werden belangrijke items in de beweging voor geestelijke volksgezondheid. De oorzaken van het ongelukkig zijn lagen in buiten het individu gelegen factoren, in de sociale omgeving en vooral in de maatschappijstructuur.

Aan dit oude credo in geradicaliseerde vorm werd vanaf het midden van de jaren zestig een nieuw geluid toegevoegd, waaraan eerder is gerefererd. Naast de modernisering, de natuurwetenschappen, de technologisering, de geneeskunde of de psychiatrie (van oudsher de belangrijke onderwerpen in de psychohygiënische kritiek), stond nu ook het eigen doen en laten in toenemende mate ter discussie. Tijdens het congres *Te gek om los te lopen*, in 1970 door de NFGV georganiseerd, bereikte de psychohygiënische zelfkritiek haar hoogtepunt. Hieronder worden de ont-

wikkelingen vanaf het midden van de jaren zestig tot *Te gek om los te lopen* gevolgd, vooral op basis van publicaties in de spreekbuis van psychohygiënisch Nederland: het *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*.

Stakende studenten en ontslagen werknemers

Waren het in de eerste helft van de jaren zestig de met anticonceptie knoeiende huwelijkspartners die de spreekkamer van psychiater en social caseworker bevolkten, en ging het toen nog over de vraag of televisiekijkende gezinnen psychisch gestoord raakten, in de tweede helft van de jaren zestig werden twee nieuwe 'probleemgevallen' geïntroduceerd in het psychohygiënisch debat: de gesjeesde student en de ontslagen werknemer.

Het aantal studenten was na de Tweede Wereldoorlog sterk toegenomen in Nederland. In 1950 waren er 28.000 studenten ingeschreven, in 1960 waren dat er 40.000 en in 1970 zouden het er 103.000 zijn. Vanaf 1967 deden zich ook de eerste tekenen voor van het einde van de lange periode van hoogconjunctuur die de Nederlandse economie doormaakte tussen 1951 en 1973. Als gevolg van de sterk gestegen loonkosten kwamen een aantal arbeidsintensieve bedrijfstakken in de problemen: de textiel-, kleding- en schoeiselindustrie, maar ook de scheepsbouw, baksteenindustrie, de veenkoloniale landbouwindustrie (strokarton en aardappelmeel) en de conservenindustrie. Vanaf 1964-1965 begon ook de afbouw van de Limburgse steenkolenmijnbouw en werden forse delen van de metaalnijverheidsindustrie geliquideerd.²¹

In de manier waarop men de nieuwe 'probleemgroepen' besprak, worden verschuivingen in het psychohygiënisch debat zichtbaar. De problemen van studenten werden in 1967 besproken tijdens een door de NFGV georganiseerde conferentie.²²

Een goed voorbeeld van een 'studentenprobleem' was het zogenaamde studie-staken, zo legde de hoogleraar niet-medische psychotherapie J.H. Dijkhuis uit aan de congresgangers. Het ging om een omvangrijk probleem, ongeveer 50 procent van de studentenpopulatie zou ermee te maken krijgen. De gevolgen waren ernstig: 'onlustgevoelens, onzekerheid, gevoelens van twijfel aan zichzelf, de vlucht in andere activiteiten, terugval op de huiselijke familiekring, gevoelens van te falen, minderwaardig te zijn, gevoelens van er buiten te staan, enz. Bijzonder nare consequenties heeft het falen veelal ten aanzien van de verhouding met de eigen familie, waar er vaak nog van uit gegaan wordt dat de student dit zijn ouders niet kan "aandoen" of waar men inzit met het oordeel van de kennissenkring', zo stelde Dijkhuis vast. Op basis van onderzoek was gebleken dat dit veel voorkomende ernstige probleem meestal niet het gevolg was van persoonlijke levensproblemen. De oorzaak lag in de 'con-

frontatie' met de eigen 'capaciteiten en affiniteiten'. Wanneer studenten merkten dat de studie niet beviel of dat zij niet voldeden aan de intellectuele eisen, was er niemand met wie ze dit probleem konden bespreken. En daar lag volgens Dijkhuis nu het belangrijkste aangrijpingspunt voor preventie.²³

Dijkhuis vond dat de studenten 'in de kou stonden' en 'onnodig werden geproblematiseerd' door het 'huidige functioneren' van de universiteit. Het benadrukken van de individuele psychologische aspecten, zoals tot nu toe gebruikelijk was bij de benadering van studentenproblemen, had dan ook weinig zin. Het zou juister en effectiever zijn om de feitelijke toestand op de universiteiten als uitgangspunt te nemen en het huidige universitaire systeem te veranderen. De geestelijke gezondheidszorg voor studenten had daarbij een belangrijke taak. Geestelijke gezondheidszorg voor studenten – misschien was het beter te spreken van 'welzijnszorg' voor studenten – hield zich bezig met de vraag hoe 'mensen in een bepaald leefmilieu tot optimale ontplooiing konden komen'. Vanuit deze doelstelling zou het mogelijk zijn om studenten adequaat op te vangen. Concreet dacht Dijkhuis daarbij aan de aanstelling van studieadviseurs, het actief betrekken van studenten in de welzijnszorg, het doen van onderzoek naar studentenproblemen en het bevorderen van overleg tussen verschillende functionarissen op het gebied van de studentenzorg. Maar vooral, zo besloot hij, was het nodig dat 'het huidige systeem verandert'.²⁴

Dijkhuis introduceerde hiermee een probleem, het studie-staken, dat de student niet als patiënt in de spreekkamer bracht van een van de GGZ-voorzieningen. De oplossing zocht Dijkhuis niet in therapie of behandeling van degene die last had van het probleem, maar in verandering van de maatschappelijke instelling die het probleem veroorzaakte: de universiteit. Hijzelf was psycholoog-psychotherapeut en hij rekende de GGZ tot zijn werkterrein, maar gebruikte daarvoor liever de term 'welzijnszorg'. Bovendien vond hij dat de betrokkenen zelf een actieve rol moest worden toebedeeld.

In datzelfde jaar, 1967, publiceerde de socioloog G.J. Nijhof, stafmedewerker van het ACB, een artikel in het *Maandblad* onder de titel 'Collectief ontslag en psychische volksgezondheid'. Nijhof schetste hierin de problematiek van werknemers die ontslagen waren (in 1966 naar schatting 7000 personen) of voor wie ontslag dreigde en voor hun gezinnen.

Nijhof baseerde zich bij gebrek aan Nederlandse gegevens op Amerikaans materiaal, onder meer op de door Lindemann en later door Caplan uitgewerkte crisis-theorie. Slachtoffers van plotselinge ontslagen kwamen, aldus Nijhof, in een crisissituatie terecht. Omdat het veelal werknemers betrof uit lagere sociaal-economische groepen, die sowieso wat hun

psychische gezondheid betrof al in een ongunstige positie verkeerden, was de kans groot dat zij deze crisissituatie niet in positieve zin konden verwerken.²⁵

Tot nu toe, zo vervolgde Nijhof, werden geen 'maatstaven van psychische gezondheid' gehanteerd bij de beoordeling van sociale problemen zoals collectief ontslag. Alleen economische en sociale waarden speelden daarbij een rol. De GGZ voelde zich ook niet verantwoordelijk voor situaties die een potentieel bedreigende invloed uitoefenden. De meeste beroepsbeoefenaren in de GGZ hadden een 'curatieve instelling' en richtten zich eenzijdig op de individuele patiënt. Het ontbrak aan een 'preventieve oriëntatie op samenlevingspatronen en collectiviteiten' en aan 'consultatieve relaties' met andere organisaties die zich met sociale problemen bezighielden. Het leek Nijhof dan ook absoluut gewenst dat bij de uitbouw van de GGZ, hij sprak liever van 'psychisch gezondheidswerk', aandacht werd besteed aan een *community mental health approach*. Daarin werd de psychische gezondheid van de individuele mens gezien in het licht van de sociale omgeving, terwijl sociale verschijnselen en samenlevingspatronen werden gezien in het licht van de psychosociale gezondheid van de bevolking.²⁶

Psychisch gezondheidswerk had in een dergelijke benadering niet alleen te maken met de problemen van ontslagen werknemers, maar ook met de manier waarop mensen werden ontslagen en met 'de samenlevingspatronen waarbinnen deze sociale problematiek zich afspeelt'. Psychisch gezondheidswerk zou ook de ontslagprocedures en de ondernemingsstructuur moeten beoordelen volgens psychohygiënische maatstaven. Voorbereiding van werknemers op het aanstaande ontslag, goede informatie over de economische situatie van het bedrijf en medeverantwoordelijkheid in de besluitvorming konden de psychische verwarring beperken. Nijhof besloot: 'In deze zin zijn werkgelegenheidspolitiek en het industrialisatiebeleid mede instrumenten van psychisch gezondheidswerk.'²⁷

In Nijhofs artikel vallen dezelfde dingen op als in de lezing van Dijkhuis. Het ging hem evenmin om patiënten of cliënten van de GGZ in strikte zin, sterker nog: het betrof een groep mensen die nog helemaal geen problemen had, maar het risico liep om ze te krijgen. Ook Nijhof vond dat de GGZ zich niet mocht beperken tot het niveau van het individu, maar moest ingrijpen op het niveau van de omgeving waar het probleem werd veroorzaakt: het bedrijf, de politiek en het beleid. Nijhof was zelf socioloog en hij rekende de GGZ tot zijn werkterrein, maar sprak liever over 'psychisch gezondheidswerk'. Ook hij zag daarin een taak weggelegd voor de (potentiële) slachtoffers zelf.

Wat was er nu precies 'nieuw' aan de opvattingen van Dijkhuis en Nijhof? Het inzicht dat psychosociale en culturele factoren een belangrijke rol speelden in het ontstaan van problemen was – zoals we in hoofdstuk 4 zagen – al vanaf 1948 aanvaard als algemeen uitgangspunt. Dit uitgangspunt verschilde in belangrijke mate van de vóór de oorlog overheersende opvatting dat geestesziekte vooral bepaald werd door de biologische (erfelijke) aanleg. Het was deze opvatting, en het therapeutisch pessimisme dat er in besloten lag, waartegen de psychohygiënisten zich toen verzetten en ook na de oorlog bleven verzetten. Trimbos gaf in zijn proefschrift een uitgebreide kritiek op de natuurwetenschappelijke, op de ziekte en de soma gerichte psychiatrie.

In de tweede helft van de jaren zestig beperkte de psychohygiënische kritiek zich echter niet langer tot de psychiatrie of de geneeskunde in het algemeen. Zoals bleek uit de verhandelingen van Dijkhuis en Nijhof werd ook, zij het op constructieve wijze, het psychohygiënisch bedrijf zelf daarin betrokken: ook de geestelijke gezondheidszorg had te weinig oog voor de sociale bepaaldheid, en richtte zich te veel op de curatie van het individu. Vanaf de tweede helft van de jaren zestig begon men dan ook steeds kritischer te kijken naar de eigen grondslagen: de psychoanalyse en de psychotherapie.

De kritiek op de eigen uitgangspunten zette aan tot een meer concrete uitwerking van het eigen programma – ook een element dat in de uiteenzettingen van Dijkhuis en Nijhof duidelijk naar voren komt. In de psychohygiënische (cultuur)kritiek waren de boosdoeners niet alleen de psychiatrie en de geneeskunde, maar ook de moderne techniek en natuurwetenschappen, of meer in het algemeen het welvaartsstreven en het materialisme. Dat bleef ook in de rest van de jaren zestig zo. Aan de inhoud van deze cultuurkritiek werd niet gesleuteld. Maar Dijkhuis en Nijhof brachten abstracte en daarmee tamelijk ongrijpbare bedreigingen als 'industrialisatie', 'automatisering', 'secularisatie', 'urbanisatie', 'verzakelijking' en 'vertechnisering' terug tot duidelijk omliggende 'omgevingsstructuren' zoals de universiteiten en de bedrijven. Zij hielden beiden een pleidooi voor de preventieve en gezondheidsbevorderende taak die de beweging zich eigenlijk al in 1948 had gesteld, maar gaven daaraan nu ook een concrete uitwerking: een specifieke op bepaalde groepen toegesneden programma. Dat de GGZ in staat zou zijn tot de door hen voorgestelde nieuwe aanpak, daaraan twijfelden Dijkhuis en Nijhof niet – al spraken zij liever niet over GGZ maar over 'welzijnszorg' of 'psychisch gezondheidswerk'.

Trimbos, die het vraagteken achter cultuurpathologie inmiddels ook definitief had vervangen door een uitroepteken, stelde zich in 1967 op hetzelfde standpunt als Dijkhuis en Nijhof, maar scherpte daarbij de dis-

cussie over de grondslagen verder aan. Een van de belangrijkste premissen in de 'huidige' GGZ, zo meende hij, was dat er een verband bestond tussen de individuele geestelijke gezondheid, het culturele patroon en de sociale groepering. Wanneer de onderlinge verhouding als positief werd gekenmerkt, dan sprak men algemeen van een goede aanpassing. Wat men voor een 'goede aanpassing' het meest doorslaggevend element achtte, hing af van het ingenomen standpunt. Was dat een meer psychologisch standpunt, dan kende men een kleine invloed toe aan het sociale en het milieu op het psychisch functioneren en de persoonlijkheidsontwikkeling. Was dat een meer sociologisch standpunt, dan kende men daaraan een grote invloed toe.

Het ging hier niet om een vrijblijvende theoretische discussie, vervolgde Trimbos, want het antwoord op de vraag of we onze actie in de geestelijke gezondheidszorg vooral moeten richten op het individu of op het milieu, was ervan afhankelijk. Voor Trimbos was die keuze niet moeilijk en hij dacht daarmee ook een meerderheidsstandpunt in te nemen: 'In de huidige geestelijke gezondheidszorg bestaat een duidelijke voorkeur voor het meer "sociologische" standpunt [...]. Kort geformuleerd, zegt deze opvatting, dat het gezond functioneren en de juiste ontplooiing van een individu niet zozeer een individuele aangelegenheid is maar afhangt van de structuren van het betreffende sociale systeem.'²⁸ Het was deze opvatting, 'door Fromm wel het duidelijkst geformuleerd', die de huidige geestelijke gezondheidszorg haar elan gaf. Een opvatting die lijnrecht stond tegenover de traditionele opvatting in de psychologie en de psychiatrie.²⁹

Ook Trimbos was ervan overtuigd dat de GGZ de noodzakelijk geachte ommezwaai zou kunnen maken.³⁰ Wel dacht hij dat in een toekomstige GGZ, door Trimbos gedefinieerd als 'een der vormen van het beveiligingssysteem dat de gemeenschap opgericht heeft tegen de ongezond makende invloeden van de sociale verandering', het model van sociale actie uitgebouwd moest worden *ten koste* van het model van interpersoonlijke actie. Het ging hem in de eerste plaats om de doelgerichte interventie in sociale processen, en pas daarna om de directe individuele behandeling, zorg of begeleiding.³¹

'Sociale actie': dat vereiste een radicale koerswijziging, zo stelden ook anderen vanaf 1968 in steeds fellere bewoordingen. In 1968 begon men openlijk te betwijfelen of het 'vertrouwde hulpverleningsarsenaal' de 'sociale realiteit' wel voldoende raakte. Zou het uitblijven van therapeutisch resultaat niet direct kunnen samenhangen met het feit dat alleen het individu en niet zijn of haar omgeving in de behandeling werd betrokken?³²

Aan het eind van dat jaar kondigde de redactie van het *Maandblad*, als vanouds de spreekbuis van psychohygiënische Nederland, aan dat het blad per januari 1969 een nieuw uiterlijk zou krijgen: 'De redactie heeft gemeend hiertoe te moeten besluiten, omdat zij de huidige lay-out te belegen vindt.'³³ Als aanduiding voor het uiterlijk van dit blad mocht 'belegen' op zijn plaats zijn, om het psychohygiënisch bedrijf in zijn algemeenheid te karakteriseren, gebruikte men inmiddels negatievere beoordelingen. De nu onversneden kritiek op de GGZ kwam vooral uit de mond van een nieuwe generatie gedragswetenschappelijk- en sociologisch-geschoolden, werkzaam in de wetenschappelijke staven van de betrokken departementen en van de verschillende koepelorganisaties voor geestelijke volksgezondheid. Maar ook oudere en meer gevestigde psychohygiënisten lieten zich niet onbetuigd. Tegelijkertijd ontstond er op de werkvloer van de verschillende GGZ-voorzieningen steeds meer commotie.

'Sociale aktie en konflikt'

In de zomer van 1968 vond het zevende congres van de World Federation for mental Health plaats, wederom in Londen, onder de titel *Keys to Progress*. In Nederland bereidde men een 'kollektieve discussiebijdrage' voor over het thema discriminatie. De bijdrage van D.C.J. van Peype, socioloog en wetenschappelijk ambtenaar bij het Stafbureau Sociaal Onderzoek van het ministerie van CRM, ging over de betekenis van 'sociale aktie' in de strijd tegen discriminatie.³⁴

'Wij mogen aannemen', schreef Van Peype, 'dat zij, die in onze samenleving verantwoordelijkheid dragen voor geestelijke volksgezondheid en maatschappelijk welzijn, vooroordeel en diskriminatie beleven als een min of meer ernstige hinderpaal bij hun streven.' Discriminatie veroorzaakte ernstige sociale spanningen en verhinderde de totstandkoming van een democratische maatschappij. Maar dat betekende niet dat alle sociale spanningen of conflicten ongewenst zouden zijn. Er waren volgens Van Peype situaties waarin 'sociaal konflikt een eerste vereiste is om tot fundamentele demokratisering te komen'. Hij wilde dan ook 'stipuleren, dat protest-akties een wezenlijk onderdeel kunnen vormen van akties welke verbetering van het lot der minder bevoordeelden en gediskrimineerden ten doel hebben' en tekende daarbij aan dat 'juist in het klimaat van een beweging voor geestelijke volksgezondheid, waar tendenzen zijn te bespeuren naar konformisme en het hanteren van "integratie-modellen" voor maatschappelijke verhoudingen, meer aandacht dient te worden gevraagd voor het "konfliktmodel" [...]'. Het leek hem daarom van belang dat er een nauwere samenwerking tot stand kwam 'tussen de werkers op het terrein van de geestelijke volksgezondheid en hen die zich bezig houden met welzijnsbeleid'.³⁵

De boodschap van Van Peype was helder en duidelijk. De door de GGZ en de beweging gehanteerde benadering deugde niet. Het 'konfliktmodel' moest het 'integratiemodel' vervangen, en tegenover het 'konformisme' van de beweging stelde Van Peype de 'fundamentele demokratisering'. De werkers op het terrein van de GGZ konden maar beter te rade gaan bij degenen die zich bezighielden met welzijnsbeleid (bij Van Peype dus), want daar gaf men wel voldoende aandacht aan het 'konfliktmodel'. Waartegen Van Peype nu precies ten strijde trok bleef enigszins duister. Want vanaf 1969 evolueerde ook de keurige bedaaide NFGV, het hart van psychohygiënisch Nederland, in snel tempo tot een bolwerk van actie.³⁶

In 1969 vond het pleidooi van Trimbos en anderen om serieus werk te maken van wetenschappelijk onderzoek op het terrein van de psychohygiëne gehoor bij de staatssecretaris van Volksgezondheid, de CHU-er R.J.H. Kruisinga. Ook de staatssecretaris vond, onder meer naar aanleiding van gesprekken daarover met Trimbos, dat ingrijpende beleidsbeslissingen die voor de geestelijke volksgezondheid van nu en morgen beslissend waren 'nog al te vaak' een wetenschappelijke basis ontbeerden. Om die lacune aan te vullen installeerde hij in maart 1969 een zogeheten 'Studiecommissie Psychohygiëne van TNO', die de oprichting zou voorbereiden van een wetenschappelijk onderzoeksinstituut.³⁷

Bij de installatie van de studiegroep hield Kruisinga een toespraak. Deze werd gepubliceerd in het *Maandblad* en door de staf van de NFGV aansluitend voorzien van 'Kommentaar'. Men vond dat de staatssecretaris weliswaar 'preludeerde' op een 'maatschappijkritische evaluatie', maar dat gebeurde in 'vage neutrale en nosologische omschrijvingen als apatie, ekstremisme, optimale persoonlijke ontplooiing, speelruimte, utopisten en zelfgenoegzamen'. Op basis van dergelijke omschrijvingen kon geen onderzoeksprogramma worden ontworpen, vond men bij de NFGV.

De omschrijving van 'sociale aktie' die Kruisinga hanteerde, het beïnvloeden van sleutelfiguren, getuigde al evenmin van een juist 'makrosociaal perspectief'. Voor de staf van de NFGV ging sociale aktie echt over iets anders: 'Voor ons is sociale aktie veeleer een verzamelnaam van interakties tussen organisaties met het doel een verandering in het beleid te stimuleren betreffende een sociaal probleem.' Een evaluatie vanuit 'maatschappij-kritisch oogpunt' hield volgens de auteurs ook in dat het terrein van de psychohygiëne zelf als 'object van de kennissociologie' moest worden onderzocht. 'We zullen moeten proberen door inhoudsanalyse en maatschappij-kritiek de doelstellingen van de verbrokkelde psychohygiënische inzichten en activiteiten te "ontideologiseren" en "ontmythologiseren". En aansluitend hierbij een programmatische zorg te ontwikkelen, welke - naast voorlichting, échelonnering en sociale

aktie – de sociale planning en beleidsadviesing centraal stelt. Voor dit alles zullen nationale "change agencies" gekreëerd moeten worden, welke de uitkomsten van een proces-analyse van alle activiteiten op het terrein der psychohygiëne weten ten nutte te maken voor een beheerste sociale verandering ten dienste van alle niveaus der welzijnszorg.³⁸

Dergelijke taal was niet alleen hoorbaar in de burelen van toporganen en departementen, ook 'de werkers in de GGZ' (in het *Maandblad* zonder meer aangeduid als 'tak van welzijnszorg'), maakten zich op om het 'klimaat van de georganiseerde geestelijke gezondheidszorg en welzijnszorg in Nederland ingrijpend en onherroepelijk' te veranderen.

Onder de titel 'Laat je ontploffen, heus het helpt' werd in 1969 verslag gedaan van een door het ACB georganiseerd congres over 'crisisinterventie'. Het congres begon als ieder congres: 'Een klein familiehotel in een stille Utrechtse straat [...] er was een kathedor, een mooi zwart bord met krijtjes, de obligatoire hoofdtafel waarachter "onze" deskundige, de conferentie-leider [...] en de officiële rapporteurs. Het begon die maandagmorgen op tijd, vredig en sereen, allen in luisterhouding, het beproefde klimaat voor de vertrouwde wijze van kennisoverdracht op congressen.' Maar dat bleef niet zo.

Op de tweede dag na de lunch was 'de kathedor weg, weg was de groene tafel, weg de glaasjes water, weg was het zwarte bord, allen zaten in een kring met als enige compromis – de andragogen hadden het liefst helemaal niets meer in de kring gezien – een rij tafeltjes'. Het congres-thema werd binnen drie kwartier veranderd in 'De aktuele hulpverlening in Nederland'. In de avondzitting, men wist niet van ophouden, werd de leiding overgedragen aan een van de deelnemers. Er waren ook geen vragen meer aan de deskundige. Er werd 'aktie geponeerd, politieke aktie en sociale aktie' en tijdens de laatste congresdag toetsten de aanwezigen 'de gehele georganiseerde Nederlandse hulpverlening' op 'aktuele dienstvaardigheid aan de consument'.

Bij de sluiting van het congres bleek iedereen inmiddels in totale verwarring: 'Voor wie en van wie is de georganiseerde geestelijke gezondheidszorg en welzijnszorg in Nederland nu eigenlijk? Is het van het apparaat, van de structuur, van de totale georganiseerde fabriek? Of is het van ons allen en kan het anders? Hoe eisen we dat, wat van ons is en voor ons is, op? Hoe krijgen we het systeem door de bocht? Bij de beantwoording van die vraag dient bedacht te worden, dat we allemaal "machthebbers" zijn in onze organisatie, onze cliënten en patiënten zijn onmondig, ze hebben geen ombudsman, ze hebben geen consumenten contact organisatie, ze kunnen ons niet wegstemmen, onze consumenten zijn ongeorganiseerd en daardoor vanuit deze ongeorganiseerdheid onmondig, ongeïnteresseerd, machteloos. Maar tegelijkertijd zijn wij zelf

machteloos, door onze bestuursvormen, door de verzuiling, door de subsidieregeling, door de multidisciplinaire kastestructuur. Het systeem is in crisis. Wie weet het – niemand weet het.'

Maar dat het vreselijk mis was met 'de georganiseerde' hulpverlening, dat wist iedereen inmiddels wel zeker. Behalve het gebrek aan inspraak van degene om wie het allemaal te doen was, stelde men vast dat niet alleen 'onze patiënten en cliënten' ziek waren maar dat ook de instellingen 'ziekteverwekkend kunnen zijn'.³⁹ Vervolgens werd ook dat 'kunnen' weggelaten.

In 1970 schreef Trimbos dat een instelling als de Sociaal Psychiatrische Dienst probeerde om individuen aan te passen aan een 'mede stoornisgevend en ziekteverwekkend' milieu. Een gezondheidszorg die werkte volgens het aanpassingsmodel bestendigde het ziekmakende systeem. In alle omschrijvingen van geestelijke gezondheid kwam het begrip aanpassing voor. Aanpassen waaraan, vroeg Trimbos zich nu af: 'aan een mikro-, meso- of makro-milieu, dat zo evident pathogeen is?' En hij vervolgde: 'We doen ons best de patiënt aan te passen, her aan te passen aan zijn gezin, aan zijn arbeid, aan zijn directe milieu, al weten we soms heel goed, dat hij ziek of liever deviant geworden is door zijn gezin, door die arbeid, door zijn milieu.' De psychiatrie zou moeten leren om oog te hebben voor de 'achter het patiënt-zijn liggende konfliktaspecten tussen de patiënt en de starre diskriminerende-eliminierende en daardoor aliënerende en deviantmakende maatschappij'.⁴⁰ Dat zou zeker niet meevalen, zoals Trimbos en vele anderen constateerden.

Psychiaters en psychotherapeuten deugen niet

Ontbrak het medici (en vooral psychiaters) halverwege de jaren zestig in de ogen van psychohygiënisten aan samenwerkingsvermogen en aan sociale kennis, nu stelden zij vast dat de psychiatrie een rol vervulde in de systematische invalidering van mensen, door hen aan te passen aan een ziekteverwekkend milieu.

Het in de psychiatrie gehanteerde medisch model berokkende veel schade tijdens de behandeling. Prognostiek en causale therapie behoorden evenmin tot de sterkste kanten van 'onze psychiatrie', zo stelde Trimbos vast. In zijn ogen diende de 'meer dimensionale-diagnostiek' vooral om dat te verhullen en om 'de hutsput een naam te geven'. Het medisch model berustte op klinisch en intuïtief verworven kennis en was daarmee ongeschikt voor wetenschappelijke verificatie. Kraepelins bouwwerk was verworpen tot een ruïne, de psychiatrie zat totaal in het slop.

Vanzelfsprekend waren er psychiaters die dat ontkenden: psychoanalytici en degenen die 'hun verblijf in het slop' veraangenaamden door het gebruik van de 'alles-genezers'. Ook voor hen had Trimbos geen goed

woord over: zij drogeerden hun patiënten vanuit de 'wat mistige notie, dat er wel iets in het centraal zenuwstelsel niet in orde zal zijn, want de farmaca werken toch maar!' Maar gelukkig: er waren ook 'slopszitters' die de 'enorme poverheid van dit drogeren van deviante mensen – terwille van de aanpassing aan een milieu, dat hen nota bene ziek maakte – met enige afschuw bezien'.

Een groeiend aantal psychiaters plaatste tegenover het medisch model, en tegenover de daaruit voortvloeiende systematische invalidatie, een alternatief deviantiemodel. Deviantie, stoornis, afwijking, werden in dat model niet uitsluitend gezien als intra-individueel, biologisch of psychologisch bepaalde ziektes, maar als rollen, etiketten, reacties of dwangposities opgelegd door de sociale structuren, vooral het gezin. Trimbos gebruikte in zijn betoog de inmiddels groeiende literatuur van kritische psychiaters en sociologen zoals Szasz, Cooper, Laing, Goffman en Scheff.⁴¹

Voor de uitwerking van een alternatief deed hij ook een beroep op een Nederlandse auteur, de agoloog M. van Beugen. Het aanpassingsmodel, 'onze solidariteit à tout prix met de wereld der gezonden', moest plaatsmaken voor een conflictmodel. Trimbos bekende dat hij lange tijd gemeend had dat een conflictmodel in de sociale psychiatrie niet mogelijk was en 'een verraad betekende aan onze status van gemeenschapsbehouders en mooi-houders'. Maar Van Beugens uitwerking van het conflictmodel voor het maatschappelijk werk, dat naar zijn idee ook goed bruikbaar was in de sociale psychiatrie, had Trimbos hoop gegeven.

Identificeerde de psychiater zich volgens het aanpassingsmodel met de samenleving, volgens het conflictmodel identificeerde hij zich met de patiënt en diens nood. De samenleving was alleen acceptabel wanneer deze 'noodzakelijke kondities voor de zelfverwerkelijking van de patiënt' bood. Was dat niet het geval dan werd zij afgewezen en aangepakt. In dit alternatieve model was dus de patiënt, en niet de maatschappij, de eigenlijke opdrachtgever. In het aanpassingsmodel definieerde men psychisch ziekzijn als van de norm afwijkend gedrag, in een conflictmodel werd psychisch ziekzijn gedefinieerd als reactie van het milieu op nonconformisme, als maatschappelijke belemmering voor individuele ontplooiing en de verwerkelijking van de eigen waarden, of als een discrepantie of conflict tussen de gemeenschapsnormen en de eigen waarden. Volgens het conflictmodel betekenden bepaalde vormen van nonconformisme, deviantie en gestoordheid in wezen een normale voor de hand liggende reactie.⁴²

Terwijl Trimbos zijn vakgenoten ervan probeerde te doordringen dat het medisch model de psychiatrie op een dood spoor had gebracht en het aanpassingsmodel moest plaatsmaken voor het conflictmodel, nam

hoogleraar niet-medische psychotherapie Dijkhuis zijn collegae-psychotherapeuten onder handen.

Dijkhuis onderschreef de stellingname van Weijel: de toepassing van psychotherapie moest gepaard gaan met een theoretische bezinning op dieperliggende maatschappelijke structuren en wetmatigheden. De gedragswetenschappen hadden het misleidende van het begrip neurose als ziektebegrip blootgelegd en laten zien dat dit begrip verwees naar interactiepatronen tussen mensen in een sociale context. Ook waren vanuit de psychologie de Rogeriaanse en de gedragstherapie ontwikkeld die van grote betekenis waren voor een veranderend perspectief. Maar daarbij kon het volgens Dijkhuis absoluut niet blijven.⁴³

Als psychotherapeuten hun werk werkelijk serieus nemen, dan zouden zij stelling moeten nemen tegen de sociale en maatschappelijke structuren die onleefbare situaties in de hand werken. Dijkhuis vond het merkwaardig dat juist psychotherapeuten, die al een halve eeuw lang bij problemen van individuen de freudiaanse thematiek van verdringing en onderdrukking centraal hadden gesteld, het niet aandurfdën om deze thematiek ook te vermaatschappijlijken.⁴⁴ Maar hoe zouden ze dat moeten doen?

'Welzijnstechniek' of 'Harakiri'

Rond 1970 vigeerden er grofweg twee opvattingen over de manier waarop GGZ-professionals de ongezond makende sociale en maatschappelijke structuren konden aanpakken: een gematigde en een meer radicale opvatting. De eerste opvatting paste in een sociaal-democratisch geïnspireerde welzijnsideologie, de tweede in een door aanhangers van de tegenbeweging verwoorde links-libertaire maatschappijkritiek.

Het pleidooi dat de psychiater Weijel hield voor de welzijnsmaatschappij, in zijn zeer bekend geworden artikel 'De derde revolutie' dat in 1968 verscheen in *Socialisme en Democratie*, is een goede vertolking van de eerste opvatting. Weijel borduurde voort op de bekende thema's uit de psychohygiënische cultuurkritiek, maar de door hem voorgestelde strategie was een andere. Hij vond dat er iets fundamenteel mis was met een maatschappij die 'zo onoverzichtelijk en ingewikkeld wordt dat een groot deel van de mensen niet meer in staat is de grote lijnen te zien'. Dat 'misse' zat volgens Weijel vooral in het allesoverheersende belang dat gehecht werd aan materiële welvaart. Had de eerste revolutie gelijkheid voor de wet gebracht en de tweede recht op welvaart, de derde revolutie die onherroepelijk diende te volgen zou welzijn en geluk voor allen moeten brengen.

'Welzijn' definieerde Weijel als 'het geheel van maatschappelijke mogelijkheden, die het individu ten dienste staan om gelukkig te wor-

den'. Mensen werden gelukkig wanneer zij hun mogelijkheden en gaven volledig konden ontplooiën en hun relaties met hun medemensen op de meest bevredigende wijze leerden hanteren. Daarvoor was 'een goed functionerende welzijnsmaatschappij nodig, die welzijn en geluk niet alleen een recht op papier laat zijn, maar het ook feitelijk mogelijk maakt door het scheppen van een nieuw klimaat. De mens heeft niet alleen welvaart nodig, hij wordt niet alleen met brood gevoed, maar heeft een constante stroom van liefde nodig. Er bestaat naast een economie van waren ook een economie van tussenmenselijke relaties, een economie van liefde zo men wil.'

Een economie van liefde: die zou realiseerbaar zijn wanneer even zakelijk en technisch te werk werd gegaan als bij het verkrijgen van welvaart het geval was geweest. Er moest een 'welzijnstechniek' komen. De menswetenschappen, die deze techniek konden leveren, waren tot nu toe schromelijk achtergebleven bij techniek en economie. 'Er wordt', zo schamperde Weijel, 'bij wijze van spreken meer geld besteed aan de research van onze wasmiddelen, dan aan research ten behoeve van onze kinderen.' Hij onderscheidde vervolgens vier welzijnstechnieken: onderwijs en opvoeding, gezinsvorming en begeleiding van het gezin om stoornissen op te vangen, de bevordering van arbeidsvreugde en de wederzijdse dienstverlening. Voor deze welzijnstechnieken zou evenveel geld en ruimte beschikbaar moeten zijn als voor de technische research van de welvaartswereld.

Op basis van de welvaart kon en moest nu het welzijn als maatschappelijk principe, als politiek doel, als maatstaf van elk maatschappelijk handelen gesteld worden. De mens kon de welzijnsbasis voor zijn persoonlijke geluk niet alleen scheppen. De weg naar de welzijnsstaat was een politieke. Geluk, zo concludeerde Weijel, was een politieke zaak.⁴⁵

Dat vonden degenen die *Te gek om los te lopen* inhoudelijk hadden voorbereid ook, maar hun taal en toon klonken aanzienlijk radicaler dan die van Weijel.

In september 1970, twee maanden voor het eigenlijke congres, kwamen op initiatief van de NFGV ongeveer honderdvijftig 'werkers' uit de GGZ (op persoonlijke titel), vertegenwoordigers van Dolle Mina, Kabouters en de actiegroep van kritische leerling-verpleegkundigen Willem samen in Utrecht om *Te gek om los te lopen* voor te bereiden. *De Volkskrant* schreef dat zij zich daar hadden beziggehouden met de vraag 'of we moeten voortgaan mensen-met-problemen aan te passen aan een kaduke maatschappij, of dat die samenleving moet worden aangepakt zodat meer mensen er in kunnen ademen'.⁴⁶

Een van de deelnemers aan het seminar, de jonge kritische psychiater

Ronald van den Berg, vatte tijdens *Te gek om los te lopen* in een 'Procesbeschrijving' samen hoe zij daarbij te werk waren gegaan.⁴⁷

Eerst had men een analyse gemaakt van de 'problemen van het veld'. Die problemen lagen, zo vertelde Van den Berg, allereerst in de frustratie van de GGZ-werkers. Frustratie leidde tot schuldgevoel en machteloosheid, en 'tot de wens de oorzaken van ons falen te veranderen, hetgeen pogingen tot social action als gevolg kan hebben'. Bij die poging tot verandering stuitte men echter op twee grote belemmeringen: de structuur van de GGZ en de opleiding. Besturen die 'nauwelijks kaas gegeten hebben van het veldwerk' hadden het voor het zeggen in de GGZ. Ook de opleiders in de GGZ waren ondeskundig. Degenen die 'het minst van psychiatrie afweten', verzetten zich tegen de modernisering van de psychiatrische opleiding, zo stelde van den Berg: 'n.l. zenuwartsen die mét onze voorvaderen uit de 19de eeuw geloven dat het zoeken van stukkende cellen in de hersenen, het eindeloos zoeken naar de moleculen van hypothetische enge stofjes in het ruggemergsvocht en het vaststellen van elektrische stroompjes op het hoofd, de belangrijkste taak van de psychiater is, waarbij ze de pharmaceutische industrieën tot het beloofde land van melk en honing maken, wat deze zich om duidelijke redenen van niet direct menslievende aard maar al te graag aan laten leunen'.⁴⁸

Deze problemen en belemmeringen, zo vervolgde Van den Berg zijn beschrijving van het proces, riepen bij de seminar-deelnemers langzaam het gevoel op: 'wij nemen het niet meer'. Dat gevoel beperkte zich echter niet tot 'de problemen van het veld', het ging ook om grotere 'problemen' die daar weer achterlagen: 'Wij nemen de woningnood niet meer, de nood voor bejaarden niet, en het gebrek aan preventie dat al bij kleuters of daarvoor begint. Wij nemen niet meer dat de werkende jeugd op een grauwe manier is ingeschakeld in miezerige arbeidsprocessen en ook niet dat, terwijl kinderarbeid is afgeschaft, jonge kinderen op scholen tot dusdanige prestaties worden opgezweept, dat zij inclusief hun huiswerk uren maken, waar een uitbouter van een eeuw geleden zich voor zou hebben geschaamd. Wij nemen niet dat voor het wankele zielenheil van lijdens aan waanachtige denkbeelden die hun eigen agressie in andere volkeren of in de huidige jeugd projecteren, waanzinnige bedragen opzij worden gelegd door defensie en law and order. Kortom wij namen eigenlijk niets meer.' Hand in hand met het gevoel het niet langer te kunnen accepteren ontstond het gevoel dat er dingen moesten gebeuren.

Maar wat en vooral door wie? De deelnemers aan het seminar raakten bevangen door gevoelens van onmacht. Aan het einde van de eerste dag kwam er dan ook een plenaire zitting 'waar de onmacht en onlust van af dropen'. Maar de volgende dag, zo vervolgde Van den Berg zijn relaas, begon men 'met het gevoel "dan moeten we het in vredesnaam maar zelf

3. NA DE EXPLOSIE

Pleegde de geestelijke volksgezondheid harakiri? Wat restte er na 'de explosie' nog van de beweging? De aanduiding 'beweging voor geestelijke volksgezondheid' raakte na 1970 in onbruik. Maar in vele andere opzichten betekende *Te gek om los te lopen* niet het einde, integendeel. Daarbij moet wel onderscheid worden gemaakt tussen institutionele 'onderbouw' en ideologie.

Antwoorden op de kritiek

Was in 1970 de verwarring compleet, in 1972 was alle opschudding compleet verdwenen, zo schrijft Peter van Lieshout in zijn analyse van veertig jaargangen *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*.⁵¹ Hoe was dat mogelijk?

Allereerst is opvallend dat, ondanks de frustraties en de wanhoop over het eigen onvermogen, het geloof in de werkingskracht van de psychohygiëne ongeschonden bleef – zowel bij gematigde als bij meer radicale critici. Het ideaal van een geestelijk gezonde samenleving, een moderne welzijnsmaatschappij die gezondheid en geluk bracht voor allen, leek haalbaar – méér nog dan in 1948. Toen werd het optimisme nog getemperd door het gebrek aan voorzieningen en psychohygiënisch opgeleide deskundigen. Maar nu er voorzieningen en deskundigen waren, bleken ze niet te voldoen. Het ideaal kon alleen worden gerealiseerd wanneer de zorg en de mentaliteit van de GGZ-werkers fundamenteel zouden veranderen.

De oplossingen die zowel gematigde als radicale critici vervolgens formuleerden, richtten zich echter niet op fundamentele inhoudelijke veranderingen, maar grotendeels op institutionalisering. Deugde de hulpverlening niet, dan moesten er nieuwe voorzieningen komen, organisaties voor 'alternatieve hulpverlening' zoals JAC en Release.⁵² De gedachte die in 1966 bij de discussie over het Groene Rapport van het KNBGG werd gelanceerd – stel de inhoud centraal in plaats van de organisatie – was rond 1970 alweer verdwenen. Om de inhoud van de zorg te verbeteren waren nu toch vooral weer een betere structuur en organisatie nodig.

Ondanks alle revolutionaire retoriek over mentaliteitsverandering, welzijnsparlement en wijkbureaus voor geestelijke volksgezondheid ('De geestelijke volksgezondheid moet de barkeeper en de melkboer ontdekken, die uit hoofde van hun beroep allerlei contacten hebben met de bevolking en weten waar het been zeer doet'),⁵³ werd de structuurdiscussie die het KNBGG in 1964 had aangeslingerd gewoon voortgezet. In 1972 fuseerden, weliswaar na eindeloos overleg en gekrakeel, de verzuilde landelijke bureaus met de NFGV tot een Nationaal Centrum Geestelijke

Volksgezondheid (NCGV) dat zou uitgroeien tot een landelijk onderzoeksinstituut. Ook de verzuild georganiseerde landelijke toporganen voor de verschillende werksoorten fuseerden in een landelijke koepel: de Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (NVAGG).⁵⁴

De NVAGG zette zich vervolgens als belangenbehartiger van de AGGZ-voorzieningen in voor het samenbrengen van MOB, LGM-bureau, IMP en SPD in zogeheten Regionale Instellingen voor Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG). Dat zou lukken in 1982, toen de overheid bij wet besloot om 59 uit de AWBZ gefinancierde RIAGG's op te richten. Na 1970 was de groei van het budget, het aantal voorzieningen, beroepskrachten en cliënten in de AGGZ exponentieel. Vooral de IMP's maakten een stormachtige groei door. In 1962 waren er twee, in 1967 vijf, in 1975 acht, en in 1977 zouden er veertien IMP's zijn. In 1962 werden er 35 SPD's, 44 LGM-bureaus en 83 MOB's geteld, in 1977 waren dat er respectievelijk 94, 61 en 82.⁵⁵ De diepe crisis in het therapeutisch zelfvertrouwen was verbazingwekkend snel verdwenen. In de ambulante GGZ vierde het (psycho)therapeutisch optimisme na 1973 weer hoogtij.⁵⁶

Het enige antwoord op alle (zelf)kritiek dat wel een fundamentele verandering behelsde, was 'patiëntenrechten'. Maar ook hierbij ging het niet om een aantasting van de GGZ-fundamenten. Radicale geluiden zoals door Laing, Cooper en Szasz of de democratische psychiatrie verwoord, kwamen in het *Maandblad* niet of nauwelijks aan bod. Halverwege de jaren zeventig vertaalde men 'patiëntenbelang' in toenemende mate in 'patiëntenrecht', en werd een tendens tot juridisering merkbaar.⁵⁷

De explosie die tijdens *Te gek om los te lopen* plaatsvond was hevig, maar vooral retorisch van aard. Daarna groeide en bloeide de AGGZ als nooit tevoren.

Radicalisering, democratisering en verstatelijking

Naast de succesvolle ontwikkeling van de geïnstitutionaliseerde psychohygiëne, ontplooidde de psychohygiëne zich na *Te gek om los te lopen* aanvankelijk ook in ideologisch opzicht zeer positief. Het programma van de beweging kreeg een brede maatschappelijke inbedding en verankering. Rond 1970 omarmden de radicalere stromingen in de Nederlandse samenleving de belangrijke psychohygiënische 'leerstukken' en ook vanuit de progressieve politiek werd in de lijn van Weijels pleidooi voor een welzijnsstaat nadrukkelijk steun betuigd aan het psychohygiënisch programma.

In 1970 proclameerden de Kabouters de Oranje Vrijstaat. Ook in de tegenculturele ideologie van de Kabouters figureerden 'de moderne maatschappij' en 'het medisch model' als belangrijke negatieve referen-

tiepunten. In het voetspoor van Fromm en Herbert Marcuse kwamen de Kabouters in het geweer tegen de vervreemding van de moderne mens in het westerse kapitalistische systeem. Ideeën over onderdrukking, gebrek aan tolerantie en democratisering werden bovendien geprojecteerd op de psychiatrie. Het medisch model gold als hét symbool voor het verwerpelijke materialisme, natuurwetenschappelijk positivisme en technologisch vooruitgangdenken in een dehumaniserende maatschappij.⁵⁸

Rond 1970 toonden de Kabouters dan ook een actieve interesse in de psychiatrie. Zoals eerder bleek waren er Kabouters aanwezig op het seminar en op *Te gek om los te lopen*, naar verluidt op verzoek van de Nederlandse 'anti-psychiater' Jan Foudraïne. In de Oranje Vrijstaat werd ook plaats ingeruimd voor een zogeheten Volksdepartement voor Geestelijke Volksgezondheid. De 'ambtenaren' van het departement, overwegend psychiëstudenten en een enkele maatschappelijk werkster, wilden de rechtspraak en de GGZ humaniseren en richtten in de zomer van 1970 een 'alternatieve kliniek' op waar geëxperimenteerd werd met nieuwe vormen van hulpverlening. Naast het op gang brengen van een mentaliteitsverandering, werkte het departement aan de oprichting van een leef/werkgemeenschap op het terrein van de Willem Arntsz Stichting in Den Dolder, waar behalve Kabouters ook groepsleiders en zwakzinnigen uit Dennendal zouden komen werken.⁵⁹

De vernieuwers in de zwakzinnigenafdeling Dennendal, waar zich in 1970 een van de heftigste conflicten in de geestelijke gezondheidszorg afspeelde, zijn door Ido Weijers getypeerd als de directe erfgenamen van het gedachtegoed van de Utrechtse School – en daarmee dus ook van de beweging voor de geestelijke volksgezondheid waarop vooraanstaande Utrechtse zoals Buytendijk en Rümke hun stempel drukten. De cultuurkritiek van de Utrechtse School en van de psychohygiënisten concentreerde zich rond thema's als verzakelijking, materialisme, concurrentie, vertechnisering en massificatie, vanuit de overtuiging dat de 'moderne tijd' een vergaande dehumanisering tot gevolg zou hebben. Dat lag voor de vernieuwers in Dennendal, Carel Muller en zijn medestanders, niet wezenlijk anders. Ook zij koppelden een sterk geloof in veranderbaarheid aan een verlangen naar behoud. In Dennendal, en ook elders in de GGZ, was de tegenbeweging anti-technologisch, men geloofde niet in grootschaligheid, hechtte niet aan systeembeheersing en verzette zich tegen een planmatige inrichting.⁶⁰

In november 1970 verscheen ook het rapport *Verbeter de mensen, verander de wereld. Een verkenning van het welzijnsvraagstuk vanuit de geestelijke gezondheidszorg* van de Wiardi Beckman Stichting, het wetenschappelijk bureau van de PvdA. In dit rapport werd de psychohygiëne – in de vorm van 'welzijn' – verklaard tot uitgangspunt van een progressieve politiek.⁶¹

Politiek gezien was 'welzijn' van oudsher vooral een confessionele aangelegenheid, maar vanaf de tweede helft van de jaren zestig werd het ook door progressieven als thema ontdekt. Op de agenda van de jonge, radicale sociaal-democraten die in 1966 'Nieuw Links' oprichtten, stond behalve herverdeling van inkomens en een vernieuwing van de buitenlandse politiek ook de zorg voor 'de kwaliteit van het bestaan'. En in 'Keerpunt '72', het door PvdA, D'66 en PPR in 1972 gesloten progressief akkoord dat de basis zou vormen voor het eerste kabinet-Den Uyl, was 'welzijn' een belangrijk en bindend trefwoord.⁶²

Verbeter de mensen, verander de wereld was het product van vier auteurs. Allereerst Weijel, wiens 'Derde revolutie' onmiskenbaar ten grondslag lag aan het rapport. Hij werd nu bijgestaan door J. van den Bergh, W.J. Sengers en E. Dekker. De jurist Van den Bergh was vanaf 1968 adjunct-directeur van de NFGV, tevens een bekende Nieuw Linkser. De psychiater Sengers werd in de tweede helft van de jaren zestig in psychohygiënische kring vooral bekend door zijn publicaties over homoseksualiteit.⁶³ De jonge socioloog E. Dekker was door Kruisinga voor anderhalf jaar uitgeleend aan Trimbos om een *state of the art* van het psychohygiënisch onderzoek in Nederland te maken (het eerste project van de Studiegroep Psychohygiëne van TNO, zie p. 273).

Waar het deze auteurs om te doen was, werd op kernachtige wijze als volgt door hen verwoord: 'Veel geestelijke nood vindt zijn oorzaak in de samenleving zelf, waarin de mens nu eenmaal niet alleen zijn vorming, maar ook zijn misvorming krijgt. Geestelijke gezondheidszorg moet daarom verder reiken dan de behandeling van alleen maar de individuele patiënt of cliënt: maatschappijvernieuwing is minstens evenzeer noodzakelijk. De huidige maatschappij geeft slechts weinigen een gevoel van betrokkenheid, velen een gevoel van buitenspel te staan: vervreemding kenmerkt onze samenleving. Zeggenschap over eigen leven en toekomst zijn grondslagen van menselijk welbevinden. Democratisering van de samenleving is daarom de eerste eis, van een geestelijke gezondheidszorg die het kwaad aan de wortel wil bestrijden. Onderdrukking van agressie, beantwoording van geweld met geweld e.d. zijn schijnoplossingen, die alleen averechts kunnen werken. De stijging van de algemene welvaart brengt ook het welzijn-voor-allen binnen het bereik van de menselijke mogelijkheden. Dit vereist een nieuwe visie op mens en samenleving.'⁶⁴

Belangrijker dan de succesvolle verbreiding van het psychohygiënisch gedachtegoed onder aanhangers van de tegenbeweging en onder progressieve politici, was dat precies tien dagen na het congres (30 november 1970) de eerste regeringsnota over de GGZ verscheen: de *Nota betreffende de geestelijke gezondheidszorg* (de Nota Kruisinga). De nota bevatte, in soms letterlijke bewoordingen, de door psychohygiënisten verdedigde

geloofsartikelen. Kruisinga stelde zich op het uitgangspunt dat geestelijke gezondheid 'een hoog goed voor ons volksbestaan' betekende. Maar ook hij moest vaststellen dat geestelijke gezondheid: 'psychisch welzijn, harmonische ontplooiingskans, optimale adaptatie', als waarde onder de bevolking nog niet die belangstelling genoot die met het belang ervan overeenkwam. Toch was nu de tijd gekomen om de zorg voor en instandhouding van het menselijk leven aan te vullen met de zorg voor 'de kwaliteit van het menselijk bestaan'. Hoe te leven met de welvaart, zonder daarbij de gezondheid in gevaar te brengen: dat was het vraagstuk waarvoor de GGZ zich gesteld zag. Geheel in overeenstemming met de heersende denkbeelden wilde Kruisinga zijn GGZ-beleid inkaderen in een breder welzijnsbeleid, en richten op de maatschappijstructuren en de materiële omstandigheden, de wisselwerking tussen milieu en individu, en op het individu zelf.⁶⁵

Ook andere uitgangspunten voor een GGZ-beleid waren geënt op de vigerende opvattingen: de GGZ was er voor zowel zieken als gezonden, een individuele benadering voldeed niet omdat stoornisverwekkende omstandigheden een grote rol speelden en het ging om een multidisciplinair veld waarin zowel medici als vertegenwoordigers van andere disciplines werkzaam waren.⁶⁶

Naast deze algemene uitgangspunten voor een GGZ-beleid bood de nota een analyse van en oplossingen voor de problemen waarmee de GGZ werd geconfronteerd. Daarin kwamen alle belangrijke thema's en knelpunten aan de orde die in de afgelopen jaren in de beweging waren besproken.

Zoals veel maatschappelijke instituties was ook de GGZ in een stroomversnelling geraakt. Dat was verheugend: te lang had de GGZ zich geïsoleerd binnen de curatieve zorg, te lang was de GGZ identiek geweest aan de medisch-psychiatrische behandeling, waardoor de ontwikkeling van sociale en preventieve zorg was achtergebleven. Anderzijds bracht deze snelle ontwikkeling problemen aan de oppervlakte: achterstand in het wetenschappelijk onderzoek (zeker in vergelijking met de technische, natuurwetenschappelijke en zelfs economische sectoren); managementproblemen in de instellingen als gevolg van schaalvergroting, meer complexe samenwerkingspatronen en dito bedrijfsvoering, en een toenemende beroepsdifferentiatie; problemen door de verschillen in financiering van de diverse GGZ-instellingen (geheel of gedeeltelijk uit de AWBZ, subsidie van rijk, provincie en gemeente, eigen bijdrage); en structuurproblemen zoals de gebrekkige functionele en regionale bereikbaarheid van de GGZ.⁶⁷

Op al deze 'probleemgebieden' wenste Kruisinga beleid te voeren, zowel op korte als op lange en middellange termijn (2 tot 19 jaar). De 'infor-

matie-problemen' moesten te lijf worden gegaan door het verzamelen, ordenen, evalueren en toepasbaar maken van wetenschappelijke informatie en door de bevordering en coördinatie van wetenschappelijk onderzoek. De 'management-problematiek' kon worden opgelost door de herstructurering van de GGZ en door het invoeren van een gelijke AWBZ-financiering voor de hele GGZ, de 'structuur-problemen' door het invoeren van echelonnering en regionalisatie.⁶⁸

De regeringsnota bood een stevige fundamenteel voor een psychohygiënisch overheidsbeleid. Ook de GGZ werd onderdeel van de verzorgingsstaat. *Te gek om los te lopen* markeerde dus geen eindpunt. De psychohygiëne werd vanaf 1970 geradicaliseerd, gedemocratiseerd, gepolitiseerd en vooral: verstatelijkt. Dat de beweging voor geestelijke volksgezondheid rond diezelfde tijd ten einde liep, had zij dus vooral te danken aan haar eigen succes.

Laten we even terugkomen op het recente historische debat over de interpretatie van 'de jaren zestig'. Righart houdt het op een generatieconflict, Kennedy op een door de elite gestuurde 'fluwelen' culturele revolutie. Eerder heb ik geschreven dat de lotgevallen van de psychohygiënisten in dit decennium leren dat er voor beide interpretaties iets te zeggen valt. Sterker nog: voor een goed begrip van 'de jaren zestig' is het juist nodig om beide interpretaties te combineren.

De opvattingen van de psychohygiënisten sloten inderdaad naadloos aan bij de overheersende denktrant binnen de Nederlandse elites in de jaren zestig die Kennedy beschrijft: als modernisering onvermijdelijk is, dan moet van de nood een deugd gemaakt worden – in plaats van weerstand te bieden, moet worden toegegeven aan de veranderende tijden. Kennedy schrijft dat de Nederlandse elites daarbij zelf nauwelijks met 'gedurfde initiatieven tot verandering kwamen' en zich soms met tegenzin, soms met geestdrift aanpasten aan de golf van nieuwe ontwikkelingen. Dat geldt mijns inziens echter niet voor de psychohygiënisten: zij vertoonden behalve aanpassingsgedrag immers ook het gedrag van actieve vernieuwers. Hun streven ging verder dan 'pogingen om de sociale veranderingen te beperken en te kanaliseren'.⁶⁹ Zeker bij de katholieken onder hen, die hun zuil en kerk op basis van nieuwe gedachten en praktijken van binnenuit probeerden te vernieuwen. De aardverschuiving die daarvan het gevolg was, droeg in belangrijke mate bij aan de uiteindelijke afbraak van de katholieke zuil.

Bovendien, en daar komt het generatieconflict van Righart in beeld, verklaart Kennedy niet waarom er ondanks de 'toegeeflijkheid' van de regenten toch zo'n tumult kon ontstaan. Het verzet van de eind jaren zestig aangetreden nieuwe generatie psychohygiënisten culmineerde

rond 1970 wel degelijk in explosies en conflicten: de Dennendal-affaire, de conflicten op het Leidse MOB en in de Pompekliniek bijvoorbeeld.⁷⁰

De jongeren in de wetenschappelijke staf van koepels en ministeries en in de ambulante en intramurale zorg kwamen in opstand tegen hun voorgangers. Maar – en dat pleit dus weer tegen een ‘massief’ generatieconflict à la Righart – vertegenwoordigers van de oudere gevestigde generatie vielen hen daarin volmondig bij. Dat was voor hen ook niet moeilijk. Want hoewel vele malen radicaler van toon borduurde de ‘nieuwe’ cultuur- en psychiatriekritiek voort op de ‘oude’. Hier sluit de analyse van Kennedy weer goed aan. De jonge radicalen van de late jaren zestig, zo schrijft hij, waren de erfgenamen van een vernieuwingsgezinde politieke cultuur die al jaren had bestaan. Kennedy noemt de belangrijke agendapunten van de tegenbeweging ‘variëaties op waarden die al weerklank hadden gevonden binnen de dominante cultuur’.⁷¹

Wat de geschiedenis van de psychohygiënist in deze periode duidelijk maakt, is dat die ‘dominante cultuur’ bij uitstek gekenmerkt werd door ambivalentie. Kennedy noch Righart hebben voldoende oog voor het belang daarvan.⁷² Wordt die ambivalentie onderkend, dan is ook het verdere verloop van de geschiedenis beter te begrijpen.

Paternalisme en zelfontplooiing

Na 1970 bloeide en groeide de ambulante GGZ en kreeg het psychohygiënisch programma een brede maatschappelijke inbedding en verankering. Na 1970 kwamen echter ook de voor de psychohygiëne zo karakteristieke tegengestelde strevingen, intenties en ambities in verhevigde mate tot uiting. In het succes lag, zoals in de geschiedenis van deze door ambivalenties gekenmerkte beweging vaker het geval was geweest, ook het mislukken besloten; tenminste waar het de ideologische pretenties van de beweging betrof: het streven naar de optimale ontplooiing van het individu en de totstandkoming van een nieuwe maatschappij die welzijn en geluk voor allen zou garanderen.

In de jaren vijftig en de eerste helft van de jaren zestig kwam de ambivalentie van de beweging tot uitdrukking in het psychohygiënisch kernthema bij uitstek: de opvoeding tot modern menszijn. Optimale zelfontplooiing gold daarin als ideaal, de aangewezen manier om het te bereiken bestond uit een paternalistische opvoeding tot aanpassing. De erfgenamen stelden zich nadrukkelijk op het standpunt dat de maatschappelijke orde moest worden aangepast aan het individu, en niet omgekeerd. Er moest een ‘nieuwe’ maatschappij komen waarin mensen zich op autonome wijze konden ontplooiën.

Zelfontplooiing bleef ook voor de vernieuwers in Dennendal een belangrijk ideaal. Niet de ‘oude’ variant, die Evelien Tonkens in haar *Het*

zelfontplooingsregime. De actualiteit van Dennendal in de jaren zestig de 'geleide zelfontplooïing' noemt. In Dennendal streefde men naar 'spontane zelfontplooïing'. Hadden de Utrechtse School en de psychohygiënisten van de jaren vijftig en de eerste helft van de jaren zestig een actief aandeel in de zelfontplooïing van het individu, de Dennendallers zagen voor zichzelf alleen een taak weggelegd in het vrijmaken van de weg: het opruimen van maatschappelijke structuren die de zelfontplooïing van het individu belemmerden. Was dat doel eenmaal bereikt dan zou het individu spontaan, uit zichzelf tot ontplooïing komen.

In Dennendal probeerde men de zelfontplooïing op gang te brengen door 'gewoon samen mens zijn'. Deze omgang op basis van gelijkwaardigheid tussen pupillen en groepsleiders werd ook als uitgangspunt gekozen voor de structuur van de organisatie. Iedere vorm van hiërarchie werd afgeschaft, zowel tussen groepsleiders en pupillen als tussen leiding en medewerkers. Zo kwam er een einde aan het onverholen paternalisme en de openlijke hiërarchische gezagsverhoudingen die de 'geleide zelfontplooïing' hadden gekenmerkt. Maar er kwamen een verhuld paternalisme en dito gezagsverhoudingen voor in de plaats.

Tonkens, en eerder ook A.J. Heerma van Voss, heeft laten zien dat de oude machtsverhoudingen in de Dennendal-organisatie niet werden vervangen door een formele, bureaucratische democratie met medezeggenschap en inspraakrecht, maar door een informele democratie. Eindeloos praten was het enige middel om beslissingen te nemen, meningsverschillen op te lossen of tot overeenstemming te komen. In de praktijk van alledag kwam deze 'democratie' neer op het recht van de sterkste: degene die, zij het informeel, beschikte over het grootste gezag of het meeste charisma.⁷³

Ook de auteurs van het progressieve *Verbeter de mensen, verander de wereld* ontpopten zich – ondanks hun felle pleidooi voor democratisering, zelfontplooïing en zeggenschap over eigen leven en toekomst – als paternalisten. Uiteindelijk bleken zij toch het beste te weten wat goed was voor de anderen. Geestelijk gezond, volledig ontplooid – dat stond voor hen gelijk aan 'een geestelijk rijker bestaan'. Zo'n bestaan van 'werkelijke consumptieve vrijheid, vrije ludieke ontplooïing en creativiteit' was door de welvaart voor iedereen mogelijk geworden. Maar wat bleek? De meeste mensen waren daar nog helemaal niet aan toe. Zij gebruikten hun vrije tijd voor 'passieve verstrooïing'. En dat had in de ogen van Weijel en de zijnen niets te maken met een geestelijk rijker, en alles met een leeg en zinledig bestaan – een geestelijk arm bestaan dus dat in het ergste geval kon leiden tot 'ongeremde agressie en psychologische depressie'.⁷⁴

De staatssecretaris stelde zich in zijn nota op het standpunt dat de GGZ

de taak had om mensen zo te leren leven dat de welvaart hun gezondheid, hun welzijn, geen schade berokkende. Dat de GGZ daarmee een dubbelzinnige opdracht kreeg toebedeeld, leed voor Kruisinga geen twijfel. Hij stelde vast dat de GGZ zich kenmerkte door 'een dualisme van stabiliteit en ontplooiing'. Dat betekende dat ook zijn beleid op dit terrein tegelijkertijd zowel conserverend als dynamisch zou moeten zijn.⁷⁵ Tegen het einde van de jaren zeventig was dat 'dualisme' voor de belangrijkste hoeder en uitvoerder van de psychohygiënische idealen, de overheid, veranderd in een onoplosbare paradox.

In zijn boek *De planning van ontplooiing. Wetenschap, politiek en de maakbare samenleving* beschrijft Jan Willem Duyvendak die paradox als een 'spagaat' tussen 'planning' (vanaf begin jaren tachtig 'maakbaarheid' genoemd) en 'zelfontplooiing'. Tot ongeveer 1975 bleef het paternalisme in de wetenschap maar ook in de politiek min of meer vanzelfsprekend. Zo ziet Duyvendak het kabinet-Den Uyl met zijn voorstellen tot maatschappijverandering als hét voorbeeld van beterwetende progressieve politiek. Daarna kwam 'planning' vanuit links-libertaire en anti-autoritaire stromingen in wetenschap en politiek onder vuur te liggen. Niet zozeer vanwege de veranderingsambities als wel vanwege de paternalistische gedachte dat vanuit de politiek, of door welke autoriteit of deskundige dan ook, voor anderen beslist kon worden welke veranderingen gewenst zouden zijn. De gedachte dat mensen alleen zichzelf autonoom konden ontplooiën brak eind jaren zeventig definitief door. Vanuit de ideeën over autonomie en zelfontplooiing werden planning en maakbaarheid nu als ondemocratisch gezien.

Voor het welzijnsbeleid waren de gevolgen desastreus. Daar kwam de spagaat tussen 'maakbaarheid' en 'zelfontplooiing' het meest gearticuleerd tot uitdrukking. In 'Keerpunt '72' en andere progressieve teksten over 'welzijn' uit de jaren zeventig sprak men over een 'democratische welzijnsplanning'. Voor de overheid betekende dat vergroting van de greep op het welzijnswerk ten kosten van de oude, verzuilde structuur. Voor progressieve welzijnswerkers en -gebruikers betekende dat het inruilen van paternalistische particuliere besturen voor een als even paternalistisch beschouwde overheid.

Rond 1980, toen Hans Achterhuis zijn *Markt van welzijn en geluk* publiceerde, richtte de paternalismekritiek zich vervolgens niet meer alleen tegen particuliere besturen of tegen de overheid, maar ook tegen de interventies van de welzijnswerkers zelf. De burger moest zijn eigen welzijn realiseren, niet gehinderd door een bureaucratische overheid of door professionele welzijnswerkers. In een volgende stap waren het de professionals zelf die onwelzijn produceerden. De overheid moest het welzijnswerk dus niet verder steunen.⁷⁶



'Het anti-CRM-bezuinigingsfront van werkers en werksters in het welzijnswerk heeft dinsdagmiddag op het Binnenhof de welzijnsontwikkeling van de jaren zeventig ter aarde besteld' (16 november 1971)

Waar, wanneer en waarom de koppeling en ont koppeling van 'welzijn' en '(ambulante) geestelijke gezondheidszorg' – vanaf de tweede helft van de jaren zestig in toenemende mate met elkaar geïdentificeerd – precies hebben plaatsgevonden is onduidelijk.⁷⁷ Maar dat het beleid ten aanzien van de (A)GGZ, ofwel de in instituties 'gestolde' beweging, niet de weg is gegaan van het welzijnsbeleid is een ding dat zeker is.⁷⁸ Na de nota van Kruisinga (1970) is de bemoeienis van de overheid met de (A)GGZ alleen maar toegenomen, en is de (A)GGZ alleen maar gegroeid. Wellicht ontsnapte de ambulante geestelijke gezondheidszorg aan de marginalisering die 'welzijn' ten deel viel, omdat de overheid de binding met de intramurale sector sterk benadrukte.

Wat wel met 'welzijn' leek te verdwijnen, waren de hoog gestemde idealen van de beweging: het streven naar de optimale zelfontplooiing van het individu en de totstandkoming van een welzijnsmaatschappij. Dat waren in ieder geval geen zaken meer die het debat bepaalden, of waarmee de kolommen van het *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* werden gevuld. Ook daar had men het vanaf het midden van de jaren zeventig nog vooral over één ding: 'beleid'.⁷⁹

4. BESLUIT

In de tweede helft van de jaren zestig verloren de psychohygiënisten hun positie in de maatschappelijke voorhoede. Ook het beeld van een 'verlichte' beweging versus een 'achterlijke' gestichtspychiatrie was toe aan herziening. De neergaande lijn kwam het meest naar voren in zelfkritiek, een novum in de beweging. Tot dan waren de psychohygiënisten zeer overtuigd van hun eigen kunnen en gelijk. Op grond daarvan hadden zij hun psychiatrie- en maatschappijkritiek geformuleerd. Nu kwamen er vooral door de verbeterde materiële situatie in zowel de psychiatrie als in de maatschappij krachten los die het moderne elan van de psychohygiënisten uit de eerste helft van de jaren zestig deden verbleken. Tegelijkertijd boden groeiende welvaart en vernieuwingstendensen een nieuwe generatie psychohygiënisten de mogelijkheid om zich kritisch op te stellen. In 1970 culmineerden zelfkritiek en frustratie over het eigen tekortschieten in een ware explosie.

Volgens de katholieke voorman Bartels werden de psychohygiënisten gedreven door de wens om vernieuwing te brengen in de 'nog altijd zeer achterlijke gestichtspychiatrie'. Die wens, in de vooroorlogse periode toen er nog nauwelijks alternatieven voorhanden waren eerder een noodzaak, vormde zeker een belangrijke drijfveer. Maar het verlangen aan de gestichtspychiatrie te ontsnappen vormde een veel sterker motief. Daarmee was voor de psychohygiënisten het werken aan een alternatief buiten de muren van het gesticht van veel groter belang dan het op gang brengen van hervormingen in de gestichten. Lekkerkerker, Barnhoorn en anderen hadden na de Tweede Wereldoorlog hun best gedaan om duidelijk te maken dat de bestrijding van ziekte zeker niet tot de psychohygiënische prioriteiten behoorden. Trimbos sloot, althans in theorie, het pathologische zelfs helemaal uit van de psychohygiëne. De psychohygiënisten probeerden identificatie van hun beweging met de gestichtspychiatrie en haar negatieve imago uit alle macht te voorkomen. In het onderscheid met de gestichtspychiatrie – zeker waar het de inhumane bejegening en onsuccesvolle behandeling betrof –, in het 'anders en beter zijn', vond de beweging juist een belangrijke legitimatie.

Tegen het einde van de jaren zestig werd duidelijk dat er iets wezenlijks was veranderd in het donkere decor dat de beweging zolang had gediend als negatief referentiepunt. Geholpen door de grotere financiële armslag en aangemoedigd door de mogelijkheden van nieuwe therapieën, waaronder medicijnen, getuigde men dáár nu van een vast geloof in het genezingsideaal. De TG was een benaderingswijze waarin zowel het individueel psychische als het sociale in de therapie werden gecombineerd, en bood daarmee een beter alternatief voor het traditionele psychiatrie-

sche ziekenhuis dan de beweging ondanks haar pretenties ooit had kunnen en willen bieden. Als punt waartegen de psychohygiënische kritiek zich afzette kon het 'achterlijke gesticht', nu het zijn eigen hervorming ter hand had genomen, niet langer dienen. Bovendien radicaliseerde de hervormingsbeweging binnen de muren na 1970. Er ontstond een kritische antipsychiatrische stroming in de intramurale psychiatrie die de beweging en haar psychiatrie-kritiek ruimschoots links passeerde.

Een soortgelijke verschuiving trad in de tweede helft van de jaren zestig op ten aanzien van de cultuurkritische rol van de beweging. Had de ambivalentie over de gevolgen van de modernisering, tegelijk beleefd als bedreiging en als uitdaging, eerder in haar voordeel gewerkt, nu begon de halfhartigheid die daarvan het gevolg was de beweging parten te spelen. Behoud en herstel, het oude antwoord op de bedreiging, gaf de beweging een uitgesproken conservatief imago in een snel radicaliserende omgeving. Het doorvoeren van vernieuwingen binnen de bestaande maatschappelijke kaders, het antwoord op de uitdaging, was bij lange na niet progressief genoeg.

Ook de psychohygiënist, zo luidde de nieuwe (zelf)kritiek, bleken behept te zijn met de nu algemeen als verfoeilijk afgeschilderde neiging om individuen te willen cureren en aan te passen aan een 'zieke' samenleving. In de rug gesteund door de inmiddels in alle uithoeken doorgedrongen maatschappelijke vernieuwingsbeweging, maar ook door kritische gevestigde namen zoals Trimbos, haalde een nieuwe generatie het oude bouwwerk overhoop. De psychodynamische theorie en therapie deugden niet, het multidisciplinaire werken al evenmin, om van de sterk versnipperde en hiërarchische structuur van de oubollige verzuilde GGZ-instellingen nog maar te zwijgen. De GGZ moest stelling nemen tegen de sociale en maatschappelijke structuren die de geestelijke gezondheid, het welzijn, bedreigden. De GGZ moest maatschappijkritisch zijn, actiegericht, uit op sociale verandering en daarmee vooral vóór in plaats van tegen degenen die zij eigenlijk de helpende hand zou moeten bieden: de slachtoffers van een 'kaduke' maatschappij.

Maar het oproer was van korte duur en toen de kruitdampen waren opgetrokken bleek het vooral retorisch van aard te zijn geweest. Hoewel de aanduiding 'beweging voor geestelijke volksgezondheid' verdween, bloeide de psychohygiëne na 1970 in haar geïnstitutionaliseerde vorm als nooit te voren. De overheid deed wat Trimbos in 1966, toen hij vroeg om 'een meesterplan voor de GGZ', al van haar had verwacht: zij nam in samenspraak met de partijen in het veld de reorganisatie van de sterk versnipperde zorg ter hand en kondigde in 1982 uiteindelijk het zogeheten RIAGG-besluit af. In beginsel kreeg de hele Nederlandse bevolking een gelijke toegang tot hetzelfde, via de AWBZ gefinancierde, pakket ambulante geestelijke gezondheidszorg.

Ideologisch diende de psychohygiëne aanvankelijk opnieuw als bindmiddel om de op het oog tegengestelde strevingen en belangen samen te brengen. Zo waren er begin jaren zeventig zowel erfgenamen van de beweging te vinden in de kring van Kabouters, als in de gevestigde politiek. De belangrijkste winst lag ook hier in de betrokkenheid van de overheid, die de belangrijkste hoeder werd van het psychohygiënische ideaal. In het midden van de jaren zeventig, toen inmiddels ook een periode van bezuinigingen was aangebroken, kwam het idee dat de overheid 'het welzijn' van de burgers zou moeten en kunnen bevorderen echter onder vuur te liggen. Niemand, en dus ook de paternalistische overheid niet, kon ervoor zorgen dat mensen tot zelfontplooiing kwamen – dat kon alleen het autonome individu zelf. Met de neergang van het idee dat de overheid aan maatschappijverandering zou kunnen en moeten doen, verdween de beweging als ideologie, en kwam er voorlopig ook een einde aan de psychohygiënische cultuurkritiek.