Dagelijks oefenen in zelfbeheersing Theodorus Willebrordus van der Woude (1863-1946) en het eerste consultatiebureau voor alcoholisme

Jaap van der Stel

Verslaving, 1 (2005), p. 61-71

Inhoud

* Inleiding
* Het eerste consultatiebureau voor alcoholisme
* Werkwijze
* Niet moraliseren, niet dwingen
* Aanbrengen van tegenvoorstellingen
* Maatschappelijk werk ten voeten uit
* Zowel medisch als maatschappelijk
* Niemand de baas
* Sociale arbeid blijft noodzakelijk
* Tot besluit
* Literatuur

Het is al bijna honderd jaar geleden dat in Amsterdam het eerste consultatiebureau voor alcoholisme werd opgericht, de kiem waaruit later de Jellinek zou ontstaan. De kern van dit bureau werd gevormd door de onderwijzer Van der Woude, in de rol van sociaal werker, en de medicus Bouman. Ze waren in staat - lang voor de formulering van het biopsychosociaal model - een goede balans te vinden tussen de sociale, psychologische en medische aspecten van verslaving. Omdat ik vooral de sociale dimensie hier wil uitlichten, ga ik in het bijzonder in op de bijdrage van Van der Woude aan de vormgeving van de Nederlandse verslavingszorg. Th.W. van der Woude (1863-1946) was drankbestrijder en verleende hulp aan drankzuchtigen. Vanaf het einde van de negentiende eeuw tot aan zijn dood was hij een van de belangrijkste personen op het terrein van de drankbestrijding. De totstandkoming van de eerste consultatiebureaus voor alcoholisme is grotendeels aan hem te danken. Hij wist op unieke wijze theoretische en praktische arbeid met elkaar te verbinden. Op een authentieke manier gaf hij invulling aan een gespecialiseerde tak van maatschappelijk werk. Zijn idealisme en gedrevenheid hebben in zijn tijd velen geïnspireerd. In dit artikel blijft de rol van Van der Woude als drankbestrijder onderbelicht.

De aandacht gaat vooral uit naar zijn baanbrekende werk voor de ambulante zorg voor drankzuchtigen.vn
Inleiding

De eerste verenigingen voor drankbestrijding ontstonden in Nederland in de eerste helft van de negentiende eeuw. De belangstelling was wisselend en ook de successen eerst nog beperkt. Pas tegen het einde van die eeuw evolueerde de drankbestrijding tot een sterke sociale beweging. Het grootste wapenfeit was toen de Drankwet van 1881. Drankbestrijders keerden zich tegen de productie en verkoop van sterke drank en ijverden voor matig gebruik van wijn en bier - de radicale tak was zelfs voor geheelonthouding. De oudste en grootste organisatie was de Nederlandsche Vereeniging tot Afschaffing van Alcoholhoudende Dranken (ofwel NV, opgericht in 1842), die haar matigingsstandpunt allengs inruilde voor dat van de geheelonthouding. Het onderhield nauwe banden met de arbeidersbeweging. De NV ijverde in de eerste decennia van haar bestaan niet alleen voor sociale en politieke maatregelen, maar gaf zichzelf ook een taak in het 'redden' van dronkaards; het voorstadium van verslavingszorg.

Van der Woude zag de NV als een toevluchtsoord voor 'rampspoedige drankgebruikers'. Toen de NV werd opgericht stuurde men 'dronkaards' naar de vereniging, maar diegenen die verwezen, waren niet van zins hun eigen drinkgedrag te veranderen. Van der Woude trok uit de geschiedenis van de NV in de eerste decennia van haar bestaan de les dat de anti-alcoholbeweging zich moest toeleggen op het 'hygiënische' aspect. Wanneer hier hulpverlenende en genezende functies bij werden gehaald, schaadde dit de oorspronkelijke opzet. Bovendien waren de onthoudersverenigingen niet zo effectief in hun streven drankmisbruikers te redden. Ze blonken uit in toewijding en geduld maar misten, aldus Van der Woude, 'kennis van de verwording' die het gevolg is van drankmisbruik, en in het bijzonder kennis van de psychologie van de alcoholist, allemaal nodig om 'deskundige leiding' te kunnen geven. Op grond van dit soort overwegingen waren eind negentiende eeuw, in navolging van voorbeelden in met name Duitsland, door drankbestrijdersverenigingen sanatoria voor drankzuchtigen opgericht. In 1891 leidde dit in Nederland tot de oprichting van het sanatorium Hoog-Hullen in Eelde.

Het grootste manco van de sanatoriumverpleging was echter de gebrekkige herintegratie van patiënten in de thuissituatie. Arbeid

en opleiding werden daarom bij het herstelproces een belangrijke functie toegedacht. Al aan het eind van de negentiende eeuw werd in Hoog-Hullen de arbeidstherapie ingevoerd: werken in de tuin en de boerderij. Voor het herstel van drankzuchtigen was, aldus Van der Woude in De Wegwijzer, 'het wegnemen van de vadsige arbeidsschuwheid' heel belangrijk. Bovendien kon hiermee 'het grenzelooze gevoel van verveling' dat bij drinkers bestaat, en dat hen naar de kroeg drijft, worden bestreden. Een serieus probleem was of ook 'eerste-klassepatiënten' aan deze therapie moesten meedoen.

Voor de nazorg werd gedacht aan de mogelijkheid om patronaten te vormen - drankbestrijders die een 'genezen' alcoholist onder hun hoede namen - maar dat plan sloeg niet aan. De drankbestrijders stonden nog heel ambivalent tegenover hulpverlening. Van der Woude schreef hierover in 1903 in De Wegwijzer: 'Men kan dit werk ter hand nemen als bijwerk, doch hoofdzaak moet blijven: het vestigen der overtuiging, dat uit gemeenschapsoogpunt het bannen van den alcohol uit aller leven beslist noodig is - en dat daartoe ieder behoort mede te werken.' Van der Woude pleitte daarmee voor een scheiding tussen de op de gemeenschap gerichte strijd en het op individuen gerichte reddingswerk. Veel drankbestrijdersorganisaties gingen echter in de eerste helft van twintigste eeuw door met reddingswerk. Uiteindelijke doelen waren: absolute en levenslange geheelonthouding, liefst als actief lid van een van de drankbestrijdersverenigingen, en in ideëel en sociaal opzicht deelgenoot worden van de samenleving.

Begin twintigste eeuw ontstond het plan om in Nederland een consultatiebureau voor alcoholisten op te richten. Het initiatief werd genomen door de medicus W.P. Ruijsch (1847-1920), die betrokken was geweest bij de oprichting van Hoog-Hullen. De aanleiding vormden berichten van Van der Woude in De Wegwijzer over ontwikkelingen in Duitsland, waar in de jaren 1900 tot 1905 drankbestrijders, in samenwerking met de plaatselijke politie, begonnen waren met aparte spreekuren ('Alkoholsprechstunde') voor alcoholisten. In november 1907 hield Ruijsch voor de algemene vergadering van de Volksbond tegen Drankmisbruik (opgericht in 1875) een inleiding met als titel 'Consultatie-bureaux voor alkoholisten'. Hij refereerde aan de volgens hem geslaagde pogingen om voor lijders aan tuberculose en epilepsie consultatiebureaus op te zetten. Vervolgens vroeg hij zich af of zoiets ook voor alcoholisten beproefd zou kunnen worden.

Het eerste consultatiebureau voor alcoholisme

Op initiatief van de plaatselijke afdeling van de Volksbond kwam in Amsterdam het consultatiebureau voor alcoholisme tot stand. De oprichting ging als volgt: eind 1908 nodigde de afdeling Amsterdam van De Volksbond tegen Drankmisbruik Van der Woude en K.H. Bouman (1874-1947), arts aan de zenuwafdeling van het Wilhelminagasthuis, uit voor een bespreking over de oprichting van een medisch consultatiebureau voor alcoholisme. De afdelingsbestuurders deden hun het verzoek om een plan voor deze stad uit te werken. Beiden zochten onder andere contact met instellingen en personen in het buitenland. Ze kwamen echter met een eigen concept dat volgens hen het beste aansloot bij het 'Hollandsche volkskarakter'. Het consultatiebureau werd niet gezien als een radicaal alternatief voor de sanatoria. Ze benadrukten wel de voordelen, in het bijzonder het kunnen behandelen van de patiënt in zijn eigen omgeving. Hierdoor kon 'den man' in zijn gezin blijven. Ten slotte was het een groot probleem dat veel mannen de sanatoria ontvluchten vanwege de 'sexueele kwestie'. Al spoedig werd er een plan opgesteld om tot de oprichting van zo'n bureau over te gaan. Bouman kreeg de medische, Van der Woude de sociale en pedagogische taak toebedeeld en de jurist G.M. den Tex, tegelijk voorzitter van de Volksbondafdeling, kreeg de juridische taken.

Het bureau was geënt op de alcoholspreekuren die in verschillende plaatsen in Duitsland bestonden, maar week daarvan in een aantal opzichten radicaal af. In het eerste artikel over het consultatiebureau in De Wegwijzer stelde Van der Woude dat was afgezien van een centrale rol voor de politie, zoals in Duitsland het geval was. Ook de meer medisch georiënteerde spreekuren daar ontvingen namen en adressen van de politie. Bij niet-reageren kregen de betrokkenen een aanzegging van de politie. Van der Woude meende: 'Dit optreden der politie is zoo in strijd met onze gewoonten en begrippen van persoonlijke vrijheid, dat aan overplanting ervan op Nederlandschen bodem niet gedacht kan worden - gesteld al, dat men er sympathie voor zou gevoelen.' In positieve zin sprak men over samenwerking met verenigingen die reddingswerk verrichtten, maar het ontbieden door de politie ging te ver. De politie moest zich er juist buiten houden. Van der Woude hoopte dat het bureau patiënten kreeg via artsen, ziekenhuizen, weldadigheidsinstellingen en via particulieren die het belang van dit werk inzagen.

In de hiernavolgende jaren kwam de werkwijze van het bureau tot ontplooiing en werden de eerste resultaten zichtbaar. In het tweede verslag van het bureau zette Van der Woude nogmaals de grondslagen van het bureau uiteen. Hij benadrukte dat het de bedoeling is de alcoholisten 'in hun eigen omgeving, te midden van het gewone maatschappelijke leven' op de been te brengen. Slechts bij uitzondering wilde hij een opname.

Werkwijze

Het bureau begon met zittingen op zaterdagavond, want 's zaterdags kregen de meeste werknemers het wekelijkse loon uitbetaald. Bouman en Van der Woude deden dit werk aanvankelijk naast hun reguliere dienstverband, als psychiater respectievelijk onderwijzer. Al kort na de opening werd overwogen het bureau op een tweede avond open te stellen. De toeloop was zo groot dat de laatste bezoeker pas na of tegen middernacht te woord kon worden gestaan. Tijdens de openstelling van het bureau waren Bouman en Van der Woude beiden aanwezig. Allereerst werd de patiënt gezien door Bouman, die aan de hand van speciaal ontwikkelde kaarten een medische onderzoek verrichtte.

Tijdens de zittingsavonden hadden Bouman en Van der Woude beiden een eigen spreekkamer. Van groot belang was echter de wachtkamer, waar soms tussen de veertig en vijftig personen aanwezig waren, waaronder oud-patiënten. Van der Woude zag de wachtkamer als een onderdeel van zijn methodiek, voor sommige patiënten was het een sociëteit geworden, 'een van groote veiligheid, en waarin onze oud-patiënten opbouwend en moedgevend inwerken op de nieuwe patiënten, die meermalen in de eersten vroegere kroegvrienden terugvinden', aldus Van der Woude.

De gang van de patiënt in het consultatiebureau was als volgt. Na het geneeskundig onderzoek door Bouman ging de patiënt terug naar de wachtkamer; na kennisneming van de aantekeningen van Bouman riep Van der Woude de persoon op voor een gesprek. Het doel hiervan was hem te verleiden tot het doen van 'vertrouwelijke mededeelingen'. Verder wilde men nagaan hoe 'de mensch in hem' kon worden gewekt, opdat een ander leven kon worden begonnen. Als dat lukte, was de kans groot dat de betrokkene terugkwam en kon worden 'opgewekt' om zich aan te

sluiten bij een vereniging. De geregeld terugkerende gesprekken moesten het gevoel van eigenwaarde weer terug zien te brengen. Niet moraliseren, niet dwingen

De behandeling op het bureau begon ermee dat de drankzuchtige tot het besef kwam dat volledige onthouding van alcoholica een absolute eis was. Er bestonden immers geen preparaten tegen alcoholisme. Door een persoonlijke toespraak en door overreding werd de patiënt op dergelijke gedachten gebracht. Bouman benadrukte dat het gesprek een vertrouwelijk karakter moest hebben en dat bij alle raadgevingen en overwegingen 'allen schijn van dwang' werd vermeden. Het gesprek moest zo worden geleid dat de 'patiënt meent uit zich zelf tot het besluit gekomen te zijn, om in het vervolg geheel-onthouder te worden' en de door de 'leiders' van het bureau gewezen weg te volgen.

In de praktijk van het reddingswerk, vooral in dat van de minder professioneel werkende verenigingen die in navolging van het Amsterdamse initiatief werden opgericht, zal dit 'do it yourself'-uitgangspunt niet de regel geweest zijn. De gedachte dat dit voor verslaafden de beste methode was, had niettemin bij Bouman en Van der Woude al ingang gevonden. Het sloot aan op de zelfhulpmethode die de Engelse filantrope Octavia Hill (1838-1912) in de tweede helft van de negentiende eeuw propageerde, toen zij zich bezighield met de verbetering van de woonsituatie van de arbeidersbevolking in het negentiende-eeuwse Londen.

In essentie werd door Bouman en Van der Woude al een niet-moraliserende en niet-dwingende werkwijze toegepast, ook al noemden zij hun gespreksmethode 'moraal-didactisch'. De bedoeling van het - uitdrukkelijk niet voorgestructureerde - gesprek tussen arts en patiënt was dat de patiënt 'zijn gehele zijn open legt'. Na het eerste bezoek aan het bureau moest de patiënt tot de overtuiging komen 'dat ook hij een ander mensch kan worden, en dat het overwinnen van zijn zwakheid voor een aanzienlijk deel van hemzelf afhangt'. De taak van de pedagoog was het, al tijdens het eerste bezoek - op grond van de door arts en patiënt verstrekte gegevens - het 'aangrijpingspunt te vinden voor de krachten, die op hem ten goede kunnen inwerken'. De patiënt kwam daarna, met steeds langere tussenpozen, terug op het spreekuur.

Aanbrengen van tegenvoorstellingen

Wat de behandeling betreft, was bij een drankzuchtige in de eerste plaats van belang dat hij inzicht kreeg in zijn toestand, aldus Van der Woude. Vervolgens moest de betrokkene worden geprikkeld om zich in te spannen datgene te bereiken wat voor hem 'begeerenswaard' was. Wanneer daarmee resultaten werden geboekt, moest de persoon worden aangespoord daaruit moed te putten en door te gaan. De te bereiken psychische effecten beschreef Van der Woude als volgt: 'Er moeten tegenvoorstellingen bij hem gewekt worden, tegenvoorstellingen, die de plaats innemen van datgene, wat hem tot dusverre in beweging bracht.' Maar behalve opvoedkundige maatregelen moest het hem ook mógelijk gemaakt worden niet te moeten drinken, door de sociale omstandigheden te verbeteren.

Omdat er sprake was van een groot aantal gevallen van 'minderwaardigheid', was de medewerking van een psychiater een vereiste. Toch lag het overgrote deel van het werk op sociaal-pedagogisch terrein. Elders stelde Van der Woude de retorische vraag: 'Wat is de behandeling aan het C.-B. anders dan opvoeding?' Aan de patiënt moest ook worden verduidelijkt dat zijn toestand zodanig was 'dat van genezen-zijn eigenlijk nooit sprake is'. We zien hier een gedachte die - decennia later - ook door de zelfhulpbeweging Alcoholics Anonymous (AA) werd gelanceerd: eens een alcoholist, altijd een alcoholist. De patiënt moest leren dat hij de rest van zijn leven het risico liep weer terug te vallen in het oude gedrag door een afwijkende, zwakke constitutie. Levenslange geheelonthouding was kortom geboden. Het gevaar schuilde erin, aldus Van der Woude, dat deze persoon zich na verloop van enige tijd weer een 'gewoon' mens zou voelen. Dat was, meende hij, het moment om de man voor te lichten over zijn toestand en te wijzen op de noodzaak van levenslange onthouding.

Waar het op aan kwam was dat de drankzuchtige zich dagelijks zou oefenen in 'zelfbeheersching', want: 'Voor iemand die zwak gestaan heeft, is er slechts één veilige weg: die der levenslange onthouding', aldus Van der Woude in een artikel waarin hij de vraag beantwoordde hoelang iemand in behandeling moest blijven bij het consultatiebureau. Volgens hem heersten er verkeerde opvattingen bij veel leden van onthoudersverenigingen, die meenden dat met een paar bezoeken volstaan kon worden; volgens hen was een enkel bezoek al genoeg, als de betrokkene maar eens flink onder handen werd genomen. Van der Woude bestreed deze opvatting ten zeerste: de voor een alcoholist noodzakelijke

‘tegenvoorstellingen’, zoals inzichten in persoonlijk voordeel, verantwoordelijkheidsbesef en inzicht in morele verhoudingen, konden slechts langzamerhand bij hem worden aangebracht. Hij benadrukte dat tussen de tweede en vierde maand van de onthouding een kritieke fase lag, die het risico voor terugval in zich borg. Deze fase hield verband met het verdwijnen van de onaangename lichamelijke gevolgen van het drinken, want juist dan kon het consultatiebureau iemand tot steun zijn om de drank te laten staan. Kortom, de behandeling moest minstens vier maanden duren, en in die periode moest de patiënt het bureau geregeld bezoeken.

Maatschappelijk werk ten voeten uit

De werkzaamheden van het bureau waren tien jaar na de oprichting heel veelzijdig geworden en strekten zich uit tot alle facetten van het sociale en persoonlijke leven van de patiënt en zijn gezin. Van der Woude gaf de volgende opsomming: bemoeienissen met werkgevers, huurbazen, schuldeisers en leveranciers, met bijzondere en openbare ‘ondersteuningskassen’, rechterlijke autoriteiten, voogdijraden, school- en kerkbesturen, buren en familieleden. Verder kwam het voor dat huwelijken moesten worden ontbonden of tot stand gebracht, kinderen geëcht of aan het ouderlijk gezag onttrokken. Het bureau werkte voor ongeveer driehonderd gezinnen.

Het consultatiebureauwerk verrichtte in velerlei betekenissen maatschappelijk werk. Al in de eerste jaren groeide het besef dat niet volstaan kon worden met raadgevingen. In heel veel gevallen moest tegelijkertijd, of zelfs in de eerste plaats gewerkt worden aan de verbetering van de maatschappelijke omstandigheden van de betrokkene. De leiders van het consultatiebureau moesten daarom, vond Van der Woude, verstand hebben van maatschappelijke verhoudingen en omstandigheden. Zo konden ze ‘aanknopings- en steunpunten’ vinden om een gunstige verandering te bewerkstelligen. Het consultatiebureau werkte daadwerkelijk mee om de sociale toestand van de patiënten te verbeteren; het was immers zonneklaar dat werklieden zonder vakkennis, gewoonlijk met een los-vast dienstverband, de hoofdmoot vormden van het bestand. Door al deze inspanningen had het Amsterdamse consultatiebureau zich ontwikkeld tot een centrum waar ook door instellingen en particulieren om advies wordt gevraagd.

Vaak zorgde het bureau voor het beheer van het gehele inkomen. Het zorgde ook voor de betaling van huur, belastingen, leveranciers en de inkoop van de dagelijkse benodigdheden. Met het Burgerlijk Armbestuur was in het eerste decennium de afspraak gemaakt dat het bureau een afzonderlijk district van dit bestuur vormde dat zich over de hele stad uitstrekte. Hierdoor kon, onder strikte voorwaarden, de steunverlening worden gecontinueerd. Budgettering was cruciaal in de begeleiding. Vóór de aanmelding ging soms een kwart of zelfs meer dan de helft van het loon van de patiënten op aan drank. De medewerkers van het bureau bezorgden wekelijks het geld en gaven dat in handen van de vrouw. Niet verwonderlijk was dat deze werkwijze bij de man wrevel opriep. Uniek was verder dat het bureau ook in de vorm van een (renteloze) lening 'stoffelijke hulp' aan drankmisbruikers bood. Er werden geen borgen gevraagd en er bestonden weinig machtsmiddelen om terugbetaling af te dwingen, niettemin werd bijna alle geld terugbetaald. Sommige patiënten hadden zoveel vertrouwen in het bureau dat ze daar zelfs gingen sparen.

Zowel medisch als maatschappelijk

Het Amsterdamse consultatiebureau profileerde zich in het begin – ondanks het belang dat werd gehecht aan sociale arbeid – uitdrukkelijk als een medisch bureau, waar de patiënten zich vrijwillig zouden aanmelden. In de praktijk paste men echter allerlei vormen van dwang en drang toe om het uiteindelijke doel – geheelonthouding en enige vorm van 'zedelijke verheffing' – te bereiken. Het medische aspect kwam tot uitdrukking in de omschrijving van het patiëntenbestand dat, aldus Van der Woude, voor een groot deel bestond uit mensen met een psychopathische ondergrond. In de dossiers werd veel aandacht besteed aan zenuwafwijkingen en gegevens betreffende de erfelijke belasting.

Bouman drukte in de beginperiode zijn stempel op het bureau maar raakte gaandeweg op de achtergrond. Van der Woude nam het leeuwendeel van de werkzaamheden voor zijn rekening. Aan de initiële invloed van Bouman deed dat overigens geen afbreuk; Van der Woude distantieerde zich, als 'sociaal-pedagoog', nooit van de ideeën en inbreng van Bouman in het bijzonder of van medici in het algemeen. Van der Woude beklemtoonde juist de unieke, gelijkwaardige samenwerking tussen beide disciplines. Hij voelde zich nooit de mindere, althans, dat kunnen we afleiden uit de inhoud van zijn vele publicaties over zijn werk voor het

consultatiebureau. De medicus Bouman en de ‘drankbestrijder-paedagoog’ Van der Woude zagen hun werk als aanvullend op dat van de ander. Ze meenden dat alleen samenwerking de zaak vooruitbracht. Dit was niet vanzelfsprekend, als we ons realiseren dat een hiërarchische relatie tussen deze disciplines regel was.

Niemand de baas

De reden om het consultatiebureau toch uitdrukkelijk als medisch te profileren verduidelijkte Bouman op het in 1911 gehouden dertiende Internationale Congres tegen het Alcoholisme te Scheveningen als volgt: ‘Alleen voor de “vervorming van den mensch in den alcoholist” zou wellicht volstaan kunnen worden met een pedagoog. Maar het is ook van belang dat er gegevens over het alcoholisme worden verzameld.’ Ook Van der Woude stipuleerde het belang van het verkrijgen van gegevens over het ‘wezen’ van het alcoholisme en de eigenschappen van de alcoholist. Daarom was zo’n prominente plaats toebedacht aan de rol van de arts. Anders zou men kunnen volstaan met het raadplegen van de arts wanneer er ernstige afwijkingen werden vastgesteld. De feitelijke behandeling zou men dan kunnen overlaten aan de sociaal-pedagoog.

Van der Woude bepleitte dat een patiënt altijd door een arts onderzocht werd. Alleen al diens aanwezigheid betekende voor de betrokkenen ‘een cachet van betrouwbaarheid’. Helder was Van der Woude over de meest gewenste relatie tussen beide functionarissen: van de sociaal-pedagoog werd zoveel ‘zelfstandig oordeelen en ingrijpen’ verlangd, dat het ondoenlijk zou zijn als de sociaal-pedagoog op een hiërarchische wijze zijn opdrachten zou ontvangen: ‘Noch de arts, noch de sociaal-paedagoog hebbe de hoofdleiding, ieder van hen handele op eigen gebied geheel zelfstandig.’

Sociale arbeid blijft noodzakelijk

Zoals in het begin van dit artikel is aangegeven, kwam het reddingswerk voort uit de drankbestrijding en was daarvan ook onderdeel. Van der Woude heeft steeds een uitgesproken standpunt gehad over de verhouding tussen deze werksoorten: de ene mocht niet ondergeschikt zijn aan de andere. Men mocht zich, meende hij, niet tevredenstellen met het genezen of redden van ‘aangetaste personen’ maar moest ook een poging doen om inzicht te krijgen in de achtergronden van de ziekte en de

oorzaken proberen te achterhalen. Hierdoor kon wellicht vastgesteld worden hoe de uitbreiding en zelfs het ontstaan van de ziekte kon worden voorkomen: 'Naast de geneeskunde komt de hygiène.' Ook door eigen activiteiten gaf Van der Woude er blijk van dat drankbestrijding en reddingswerk hem even lief waren.

Ook in de decennia na Van der Woude excelleerde het Amsterdamse bureau als een instelling die een goede balans wist aan te brengen tussen sociale en medische arbeid. Na de Tweede Wereldoorlog beklemtoonde men lange tijd het medische karakter van het bureau. De innige band die de toenmalige directeur H.J. Krauweel (1906-1986) met E.M. Jellinek (1890-1962) onderhield, was daar natuurlijk niet vreemd aan. Verder hoopte men als medische voorziening aanspraak te kunnen maken op een betere financiering (wat overigens ijdele hoop was). Pas in de jaren zeventig en daarna verloor de sociale arbeid haar glans. Dit hing onder andere samen met de sterke belangstelling voor nieuwe psychologische verklaringsmodellen van verslaving en de daarop gebaseerde behandelstrategieën.

Tot besluit

Tegenwoordig staat het medisch model van verslaving weer volop in de belangstelling en sta je bijna buitenspel als je niet onderschrijft dat verslaving een hersenziekte is. Dit neemt niet weg dat verslavingszorg - in het bijzonder de ambulante tak daarvan - moeilijk voor te stellen is zonder enige vorm van sociale arbeid of zo men wil maatschappelijk werk. De laatste tien tot vijftien jaar heeft zich een langzame verschuiving voorgedaan van de discipline maatschappelijk werk naar sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen (SPV'ers). Landelijke beleidsnotities over deze transitie zijn er niet, wat niet wegneemt dat de instellingen zelf hiervoor goede redenen hebben gehad. Het zal zeker te maken hebben met de opleiding en stage-ervaring van SPV'ers en de werkhouding die daarvan het gevolg is geworden. Maar het kan ook zijn dat de sociale dimensie van het biopsychosociaal model van verslavingsgedrag langzamerhand op de achtergrond raakt. Als dat inderdaad het geval is, is dat zeker een misvatting van het probleem, want mensen die jarenlang verslaafd zijn geweest zijn veelal zo maatschappelijk gedesintegreerd dat na een effectieve behandeling langdurige rehabilitatie noodzakelijk is.

Het biopsychosociaal-model van verslavingsgedrag blijft relevant, ook als we meer weten van de biologische achtergronden van verslaving of als we verslaving duiden als een hersenziekte. Ook na of tijdens werkzame psychotherapeutische en farmacologische behandeling is integratie in de samenleving noodzakelijk. Hoewel er nog een groot aantal maatschappelijk werkers in de verslavingszorg actief is, neemt hun aantal gestaag af ten gunste van andere disciplines. Misschien is dat geen gemis, maar het is niet verkeerd de discussie over deze transitie eens in de volle openbaarheid te voeren. Bij voorkeur nemen maatschappelijk werkers zelf daartoe het initiatief - ten slotte is het hún arbeidsperspectief dat in het geding is.

Literatuur

1. Stel, J.C. van der (1995). Drinken, drank en dronkenschap; vijf eeuwen drankbestrijding en alcoholhulpverlening in Nederland - een historisch-sociologische studie. Hilversum: Verloren.

Copyright 2006, Bohn Stafleu van Loghum, Houten